\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraków, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dyscyplina

Wniosek o refundacje wyjazdu konferencyjnego

krajowego/zagranicznego\*

 Do Dyrektora Szkoły Doktorskiej

 Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu UJ

Zwracam się z prośbą o refundacje kosztów związanych z wyjazdem konferencyjnym krajowym/zagranicznym\*. Konferencja …………………………………………………………………..........................................................................................

 (nazwa)

odbędzie się w dniach……………………………w…………………………………………………………………………………………..................

 (data) (miejscowość, państwo w przypadku wyjazdu zagranicznego)

Tytuł pracy……………………………………………………………………………………………………………………………................................

Jednocześnie zobowiązuje się do złożenia niżej wymienionych dokumentów do Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu UJ na min. 21 dni przed wyjazdem na konferencję:

* opinii promotora, uzasadniającą zgodność ww. wyjazdu konferencyjnego z realizowanym tematem badawczym □
* potwierdzenia zakwalifikowania pracy jako 1-autor lub prezentujący wraz ze wskazaniem charakteru prezentacji (ustna, plakatowa) □

Rozliczenie kosztów następuje po złożeniu rachunków/faktur\*\* w Szkole Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu UJ dotyczących:

* opłaty rejestracyjnej □
* kosztów przejazdu i noclegów □
* certyfikatu wygłoszenia/prezentacji pracy □

Zgodnie z ustaleniami Rady Szkoły z dnia 14.01.2020 r. finansowaniu mogą zostać objęte 3 wyjazdy konferencyjne krajowe (max. Kwota 3 x 500 zł ) oraz 1 zagraniczny (max. kwota 2500 zł) w całym cyklu kształcenia w SDNMiNoZ. Praca może być objęta finansowaniem tylko jeden raz. Finansowanie konferencji dotyczy czynnego uczestnictwa.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis doktoranta

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpisy komisji weryfikującej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Dyrektora Szkoły Doktorskiej

Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

\*niepotrzebne skreślić

\*\*dane do rachunków/faktur: Nabywca-Uniwersytet Jagielloński ul. Gołębia 24 31-007 Kraków NIP:675-000-22-36 Odbiorca/Płatnik-Uniwersytet Jagielloński -Collegium Medicum ul. św. Anny 12 31-008 Kraków NIP: 675-000-22-36