

PROJEKT Erasmus - Mobilność edukacyjna (KA131/2022)   
WNIOSEK WYJAZDOWY – rok akademicki 2023/2024

Wyjazdy studentów/doktorantów w celu uczestnictwa w Mieszanym programie intensywnym (BIP)

**BWZECHE…… –** SBIP….. .............................................. *(Prosimy o czytelne wypełnienie formularza) data rejestracji w BWZ*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |  | | | |  |  | | |
| **Imię, nazwisko, cykl i rok studiów** | | | | | | | **PESEL** | | | | *Obywatelstwo* | | | |
| **Adres osoby wyjeżdżającej** | | | |  |  | | | |  | | | | | |
|  | *Nr indeksu* | | | |  | *Nr telefonu* | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | |  | *e-mail* | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | **Środek podróży:** samolot **** lub **Zrównoważony/ niskoemisyjny środek transportu:** pociąg ****autobus**** | | | |  | | |  | |  | |
| **Nazwa jednostki UW** | | | | samochód (carpooling) **** | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa instytucji organizatora BIP:**  **Kod Erasmus instytucji organizatora BIP:** | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Miejsce organizacji BIP:** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Trasa i data podróży** (proszę podać daty początku i zakończenia podróży. **W przypadku podróży samochodem** – daty przekroczenia granicy polskiej): | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | |
| *Wyjazd z* | |  | *do (miejscowość docelowa, państwo)* | | | | | | | | *dd.mm.rrrr* | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | |
| *Powrót z (miejscowość, państwo)* | |  | *do (miejscowość docelowa)* | | | | | | | | *dd.mm.rrrr* | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Proszę o wypłatę stypendium na konto prowadzone w:** | | złotówkach **** euro **** | | | | | | | | | | | | |
| w (nazwa i swift code banku, imię i nazwisko właściciela konta, numer konta): | | | | | | | | | | | | | | |
| .**Oświadczam, że posiadam na czas trwania wyjazdu właściwe ubezpieczenie oraz znam jego zakres i warunki.**  .........................................................  *podpis osoby wyjeżdżającej* | | | | | | | | | | | | | | |
| ..................................................................  *Podpis i pieczęć Dziekana/Kierownika jednostki dydaktycznej*  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***Wypełnia pracownik Biura Współpracy z Zagranicą*:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **Liczba**  **dni** | | | **kwota** | | | **waluta** |
| **Stypendium Erasmus w formie ryczałtu** | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| **Jednorazowy dodatek w formie ryczałtu dla studentów/doktorantów niepełnosprawnych lub pobierających stypendium socjalne na UW.** | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| **Ryczałt na koszty podróży zgodnie z kalkulatorem odległości Komisji Europejskiej -**  [**https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/resources/distance-calculator\_pl**](https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/resources/distance-calculator_pl) **dla studentów/doktorantów niepełnosprawnych lub pobierających stypendium socjalne na UW** | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| **Ryczałt na koszty podróży dla studentów/doktorantów podróżujących zrównoważonym/niskoemisyjnym środkiem transportu** | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| **Zgodnie z zasadami BIP 2023/24, nie więcej niż:** | | | | | | | | | | |  | | |  |
| **DO WYPŁATY** | | | | | | | | | | |  | | |  |
| *Numer umowy, z której następuje wyjazd****:*** .....................................................  Numer finansowy:  **4090180000-500-D909-09-1620718-01 Płatne z konta projektu: 62 1160 2202 0000 0005 0013 0718**  4090180000-500-D909-09-1620718-01  b4090180000-500-D909-09-1620718-01 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | …………………………….  *Podpis pełnomocnika kwestora BWZ* | | | | | ………..........................……………….  *Podpis kierownika BWZ* | | | | | | | | |