

PROJEKT Erasmus - Mobilność edukacyjna (KA131/2024)
WNIOSEK WYJAZDOWY – sierpień- wrzesień r.a. 2024/2025 oraz r.a. 2025/2026

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 zameldowania osoby wyjeżdżającej** |  |  |  |  |
|  | *Nr indeksu* |  |  | *Nr telefonu* |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  | *e-mail* |
|  |  |  |
|  | **Standardowy środek podróży:** samolot **** samochód (jedna osoba) **** 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 Kierownika jednostki dydaktycznej***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*****Wypełnia pracownik Biura Współpracy z Zagranicą*:** |
|  |  |
|  | **Liczba****dni** | **kwota** | **kwota łącznie** | **waluta**  |
| **Stypendium Erasmus w formie ryczałtu**  |  |  |  |  |
| **Jednorazowy dodatek w formie ryczałtu dla studentów/doktorantów niepełnosprawnych lub pobierających stypendium socjalne na UW.** | x |  |  |  |
| **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) | x |  |  |  |
|  **Zgodnie z zasadami – sierpień-wrzesień r.a. 2024/2025 oraz r.a. 2025/2026, nie więcej niż:**  |  |  |  |
| **DO WYPŁATY** |  |  |  |
|  | *Numer umowy, z której następuje wyjazd****:*** .....................................................Numer finansowy:  **4090180000-500-D909-09-3620718-01 Płatne z konta projektu: 62 1160 2202 0000 0005 0013 0718**4090180000-500-D909-09-1620718-01b4090180000-500-D909-09-1620718-01 |
|  | …………………………….*Podpis pełnomocnika kwestora BWZ* |  | ………..........................……………….*Podpis kierownika BWZ* |