

**KATOLICKI UNIWERSYTET LUBELSKI JANA PAWŁA II**

**WYDZIAŁ TEOLOGII**

**Instytut Nauk Teologicznych**

### WNIOSEK O DOFINANSOWANIE DZIAŁALNOŚCI NAUKOWEJ Z REZERWY DYREKTORA INSTYTUTU NAUK TEOLOGICZNYCH

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko,  stopień lub tytuł naukowy |  |
| Adres e-mail, numer telefonu |  |
| Dyscyplina |  |
| Katedra/Sekcja |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kwota wnioskowana | |  | | | |
| Cel, na który mają być przyznane środki | |  | | | |
| Planowany termin działania | |  | | | |
| Planowany rezultat naukowy  i termin realizacji *(publikacje, punktacja, jakie, gdzie  i kiedy będą publikowane)* | |  | | | |
| KOSZTORYS | | | | | |
| **Wydatek - opis** | | | **kalkulacja kosztów** | | **wnioskowana kwota** |
| **ilość** | **cena** |
| zakupy materiałów  *(wymienić jakie)* |  | |  |  |  |
| zakup usług  *(wymienić jakie)* |  | |  |  |  |
| zakup sprzętu, aparatury  *(wymienić jakie)* |  | |  |  |  |
| delegacje  *(cel, miejsce, kalkulacja: bilet, pobyt, inne)* |  | |  |  |  |
| opłaty konferencyjne |  | |  |  |  |
| opłaty za publikację  (monografia, czasopismo – kalkulacja wydawnicza) |  | |  |  |  |
| Inne: *(jakie, wymienić)* |  | |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uzasadnienie każdej pozycji z kosztorysu** (w przypadku publikacji wstępny kosztorys wydawniczy) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uzasadnienie wniosku** -  krótki opis merytoryczny projektu (*do 1000 znaków ze spacjami)* |  |

1. …………….…………………………………….
2. *Data i podpis wnioskodawcy*

## **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia powyższego postępowania.

Oświadczam, że przyznana mi kwota zostanie wydana wyłącznie na zadeklarowany cel.

**Oświadczam, że w razie uzyskania finansowania nie będę się ubiegać o zwrot kosztów w wysokości większej niż przyznana przez Dyrektora Instytutu.**

Przyjmuję do wiadomości, że przekroczenie limitu środków nie będzie finansowane z rezerwy Dyrektora Instytutu.

|  |  |
| --- | --- |
| Data wypełnienia | Podpis wnioskodawcy |

**DECYZJA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis |