



Załącznik nr 8 a
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
pn."Teaching Excellence - Program ..."

WNIOSEK O PRYZNANIE FINANSOWANIA SZKOLENIA MERYTORYCZNEGO LUB DYDAKTYCZNEGO

w ramach realizacji projektu
pn."Teaching Excellence - Program Rozwoju Kadry Dydaktycznej AWSB"

Imię i nazwisko	
E-mail w domenie @wsb.edu.pl	
Nr telefonu	
Wydział	
Czy jest Pan(-i) zatrudniony(-a) w oparciu o umowę o pracę w zakresie prowadzenia zajęć dydaktycznych ze Studentami(-kami) w Akademii WSB?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan(-i) zatrudniony(-a) w oparciu o umowę cywilnoprawną w zakresie prowadzenia zajęć dydaktycznych ze Studentami(-kami) w Akademii WSB?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w bieżącym semestrze prowadzi Pan(-i) w Akademii WSB zajęcia dydaktyczne ze Studentami(-kami)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy ukończył(-a) Pan(-i) w ramach realizacji projektu pn."Teaching Excellence - Program Rozwoju Kadry Dydaktycznej AWSB" szkolenie/kurs?	
1. Z projektowania procesów uczenia się i mierzenia efektów w dydaktyce stacjonarnej lub zdalnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Na rzecz zielonej transformacji	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Z obszaru kompetencji cyfrowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Czy ukończył(-a) Pan(-i) kurs elearningowy pn. "Wirtualny warsztat wykładowcy"?	
1. Moduł pierwszy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Moduł drugi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Moduł trzeci	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
W realizację jakich działań rozwojowych/ projakościowych angażuje się Pan(-i) w Akademii WSB?	
<input type="checkbox"/> Pełnienie funkcji np.: Prorektor, Dziekan, Prodziekan, Kierownik Katedry, pełnomocnik Rektora, Menedżer kierunku, jeżeli inna, proszę wskazać jaka?	
<input type="checkbox"/> Członkostwo w uczelnianych komisjach i radach odpowiedzialnych za rozwój jakości kształcenia, np.: Uczelniana komisja ds. jakości kształcenia, Rady Programowe na danym kierunku studiów, Kierunkowy zespół ds. doskonalenia jakości na kierunku lekarskim, jeżeli inne, proszę wskazać jakie?	
<input type="checkbox"/> Udział w procesach uzyskiwania akredytacji, np.: akredytacje PKA (Polska Komisja Akredytacyjna), międzynarodowe akredytacje jakości, jakie?	
<input type="checkbox"/> Udział w koordynowaniu procesów zdobycia certyfikacji dla Uczelni np.: certyfikat IPMA (International Project Management Association), ELA (European Logistics Association), jeżeli inne (jakie?)	
<input type="checkbox"/> Koordynowanie kół naukowych. Proszę podać nazwę koła naukowego.	
<input type="checkbox"/> Przygotowywanie Studentów(-tek) do udziału w krajowych i zagranicznych konkursach, jakich?	
<input type="checkbox"/> Kierowanie lub udział w krajowych lub międzynarodowych projektach mających na celu rozwój dydaktyki, wdrożenie innowacyjnych metod dydaktycznych, jakich?	
<input type="checkbox"/> Współpraca w ramach organizacji konferencji lub wydarzeń promujących projakościowe rozwiązania w dydaktyce np.: Akademickie Forum Jakości, fora metodyczne, jeżeli inne, proszę wskazać jakie?	
<input type="checkbox"/> Wdrożenie, w ramach swoich zajęć dydaktycznych innowacyjnych metod dydaktycznych, jakich?	
<input type="checkbox"/> Inne (proszę wskazać jakie?)	



W jaki sposób pozyskana przez Pana(-ią) podczas szkolenia wiedza, doświadczenie zostanie wykorzystana w Akademii WSB?

- Wykorzystam do zajęć dydaktycznych ze Studentami(-kami) w Akademii WSB
- Wykorzystam do prowadzonych badań naukowych w Akademii WSB
- Inne działania (proszę wskazać jakie?)

Proszę syntetycznie opisać w jaki sposób pozyskana wiedza, doświadczenie zostanie wykorzystana przez Pana(-ią) do podniesienia jakości kształcenia lub badań w Akademii WSB.

1. Informacje na temat wybranej formy wsparcia:

CZĘŚĆ A. Wykonawca/Organizator 1

Tytuł formy wsparcia/usługi	
Wykonawca/ Organizator	
Miejsce wsparcia/usługi	<input type="checkbox"/> w kraju <input type="checkbox"/> zagranicą
Data(-y) wsparcia/usługi	
Program	<i>Należy załączyć do Wniosku</i>
Koszt netto	
Koszt brutto	



Dodatkowe koszty	
<i>Proszę określić rodzaje i oszacować wysokość kosztów np. dojazdy¹, nocleg², diety etc.</i>	

2. Potencjalni Wykonawcy/Organizatorzy dla usługi szkoleniowej/kursu specjalistycznego

- 1) W celu potwierdzenia, że cena wybranej usługi szkoleniowej/ kursu specjalistycznego jest ceną rynkową, należy udokumentować przeprowadzenie szacowania rynku, poprzez przedstawienie minimum dwóch ofert innych Wykonawców/Organizatorów, których przedmiotem jest usługa o tożsamej/ zbliżonej tematyce.
- 2) Uczestnik(-czka) Projektu określa wartość wybranej formy wsparcia na podstawie aktualnych dokumentów zawierających informację o ich wartości:
 - a) Oferta od Wykonawcy/Organizatora;
 - b) Notatka z rozmowy telefonicznej z Wykonawcą/Organizatorem;
 - c) Wydruk ze strony internetowej, aktualny katalog, folder, cennik lub ulotka ofertowa, prezentujący opis szkolenia/ kursu specjalistycznego i cenę usługi.
- 3) Ww. dokumenty (wraz z programem usługi) należy załączyć do Wniosku.

CZĘŚĆ B. Wykonawca/Organizator 2

Tytuł formy wsparcia/usługi	
Wykonawca/ Organizator	
Miejsce wsparcia/usługi	<input type="checkbox"/> w kraju <input type="checkbox"/> zagranicą
Data(-y) wsparcia/usługi	
Liczba godzin	– h

¹ Rekomendujemy wykorzystywanie transportu publicznego, w szczególności szynowego, o ile na danej trasie jest dostępny, a korzystanie z niego nie wymusza ponoszenia dodatkowych kosztów. Przy wyborze przewoźnika należy zastosować najkorzystniejsze cenowo dostępne taryfy dla II klasy/klasy ekonomicznej, uwzględniając optymalny wybór przewoźnika, trasę pod względem ceny i czasu trwania podróży.

² Nocleg – do wysokości 360,00 zł/dobę ze śniadaniem w przypadku usługi hotelowej w kraju. W przypadku usługi hotelowej zagranicznej, zgodnie z przepisami regulującymi zasady rozliczania podróży służbowych.



Program	<i>Należy załączyć do Wniosku</i>
Koszt netto	
Koszt brutto	

CZĘŚĆ C. Wykonawca/Organizator 3

Tytuł formy wsparcia/usługi	
Wykonawca/ Organizator	
Miejsce wsparcia/usługi	<input type="checkbox"/> w kraju <input type="checkbox"/> zagranicą
Data(-y) wsparcia/usługi	
Liczba godzin	– h
Program	<i>Należy załączyć do Wniosku</i>
Koszt netto	
Koszt brutto	

3. Uzasadnienie wyboru Wykonawcy/ Organizatora

1) Proszę podać uzasadnienie wyboru Wykonawcy/Organizatora

2) W przypadku wyboru oferty droższej od pozostałych ofert, proszę podać uzasadnienie wyboru droższej oferty:

3) W przypadku braku możliwości przedstawienia dodatkowych ofert lub oferty, proszę podać uzasadnienie wyboru Wykonawcy/Organizatora:



4. Załączniki:

- Oferta Wykonawcy/Organizatora nr 1
- Program usługi Wykonawcy/Organizatora nr 1
- Oferta Wykonawcy/Organizatora nr 2
- Program usługi Wykonawcy/Organizatora nr 2
- Oferta Wykonawcy/Organizatora nr 3
- Program usługi Wykonawcy/Organizatora nr 3
- Inne

miejsowość i data

podpis Uczestnika(-czki) Projektu