



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

## WNIOSEK O PRZYZNANIE FINANSOWANIA SZKOLENIA MERYTORYCZNEGO LUB DYDAKTYCZNEGO

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Imię i nazwisko</b>   |  |
| <b>E-mail w domenie @wsb.edu.pl</b>  |  |
| <b>Nr telefonu</b>   |  |
| <b>Wydział</b>   |  |
| 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<br><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<br><input type="checkbox"/> NIE |
| Czy w bieżącym semestrze prowadzi Pan(-i) w Akademii WSB zajęcia dydaktyczne ze Studentami(-kami)?   | <input type="checkbox"/> TAK<br><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<br><input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Na rzecz zielonej transformacji   | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Z obszaru kompetencji cyfrowych   | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |



| Czy ukończył(-a) Pan(-i) kurs elearningowy pn. "Wirtualny warsztat wykładowcy"?   |  |
|---|--|
| 1. Moduł pierwszy   | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Moduł drugi  | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Moduł trzeci   | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| W realizację jakich działań rozwojowych/ projakościowych <b>aktualnie</b> 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?)   |  |



Proszę wskazać **jedną kluczową kompetencję**, którą zamierza Pan(-i) rozwinąć dzięki udziałowi w wybranym szkoleniu.

Metodyczno – dydaktyczną

Dydaktyczną

Merytoryczną

Cyfrową

Zieloną

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 wskazać**, w jaki sposób pozyskana wiedza i doświadczenie zostaną wykorzystane do podniesienia jakości kształcenia lub badań naukowych w Akademii WSB, w szczególności poprzez:

- **Zmiany w programach kształcenia** – wskazanie przedmiotów, w których sylabusach zostaną wprowadzone zmiany (nazwa przedmiotu oraz semestr, od którego studenci(-tki) będą korzystać z nowych treści) wraz z krótkim opisem zakresu wprowadzonych modyfikacji;
- **Publikacje naukowe** – wskazanie planowanych tytułów publikacji naukowych wraz z przewidywanym terminem ich realizacji;
- **Badania naukowe** – podanie tytułu projektu badawczego, informacji o jego ujęciu w planach badawczych, przewidywanych ramach czasowych realizacji oraz wskazanie wpływu nabytych kompetencji na metodologię badań i wymiernych korzyści dla Akademii WSB.

**1. Informacje na temat wybranej formy wsparcia (szkolenia):****CZĘŚĆ A. Wykonawca/Organizator 1**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Tytuł szkolenia</b>            |  |
| <b>Forma szkolenia</b>            | <input type="checkbox"/> stacjonarna <input type="checkbox"/> online |
| <b>Wykonawca/<br/>Organizator</b> |  |
| <b>Miejsce szkolenia</b>          |  |
| <b>Data(-y) szkolenia</b>         |  |
| <b>Liczba godzin szkolenia</b>    |  |
| <b>Program</b>                    | <i>Należy załączyć do Wniosku</i>                                    |
| <b>Koszt netto</b>                |  |
| <b>Koszt brutto</b>               |  |
| <b>Dodatkowe koszty</b>           | <i>Proszę oszacować wysokość kosztów</i>                             |
| dojazd <sup>1</sup>               |  |
| nocleg <sup>2</sup>               |  |
| dieta                             |  |
| inne                              |  |

**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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.



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**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Tytuł szkolenia</b>            |  |
| <b>Forma szkolenia</b>            | <input type="checkbox"/> stacjonarna <input type="checkbox"/> online |
| <b>Wykonawca/<br/>Organizator</b> |  |
| <b>Miejsce szkolenia</b>          |  |
| <b>Data(-y) szkolenia</b>         |  |
| <b>Liczba godzin szkolenia</b>    |  |
| <b>Program</b>                    | <i>Należy załączyć do Wniosku</i>                                    |
| <b>Koszt netto</b>                |  |
| <b>Koszt brutto</b>               |  |



### CZĘŚĆ C. Wykonawca/Organizator 3

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Tytuł szkolenia</b>            |  |
| <b>Forma szkolenia</b>            | <input type="checkbox"/> stacjonarna <input type="checkbox"/> online |
| <b>Wykonawca/<br/>Organizator</b> |  |
| <b>Miejsce szkolenia</b>          |  |
| <b>Data(-y) szkolenia</b>         |  |
| <b>Liczba godzin szkolenia</b>    |  |
| <b>Program</b>                    | <i>Należy załączyć do Wniosku</i>                                    |
| <b>Koszt netto</b>                |  |
| <b>Koszt brutto</b>               |  |

#### 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*