*Anexa 2, Cod: PO-DRU-013/2024-02*

Număr de înregistrare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Avizat Decan/Director General Administrativ, Aprobat Consiliul de Administrație,**

**CERERE PENTRU EMITEREA DISPOZIŢIEI DE DEPLASARE ÎN INTERES EDUCAȚIONAL**

**- CU DECONTAREA CHELTUIELILOR -**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Subsemnatul/a | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | , |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| angajat/ă pe funcția de | |  | | | | | | | | | , în cadrul | | | |  | | | | | , |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| vă rog să-mi aprobați deplasarea la | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| având calitatea de Președinte/Membru/Participant comisie/consiliu: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Deplasarea va avea loc în | | |  | | | | | | | | | | , | | |  | | | | |
|  | | | *Localitatea* | | | | | | | | | |  | | | *Țara* | | | | |
| În perioada: |  | | | | | | | - |  | | | | | Total zile deplasare: | | | | |  | |
|  | *Data plecării* | | | |  | | *Data întoarcerii* | | |  | | | | | | |  | | | |
| **De asemenea, solicit/declar următoarele cheltuieli de deplasare:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Suma solicitată | | | Sursa de finanțare | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transport: |  | | | Venituri centru  de cercetare ........................ | | | | | | | | Venituri catedră/ clinică  universitară | | | | | | Venituri proprii  UMFVBT | | |
| Cazare: |  | | | Venituri centru  de cercetare ........................ | | | | | | | | Venituri catedră/ clinică  universitară | | | | | | Venituri proprii  UMFVBT | | |
| Altele: ..... |  | | | Venituri centru  de cercetare ........................ | | | | | | | | Venituri catedră/ clinică  universitară | | | | | | Venituri proprii  UMFVBT | | |

**Pe durata deplasării atribuțiile mele de serviciu for fi preluate de:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(numele, prenumele și funcția înlocuitorului)* |  | *(semnătura înlocuitorului)* |

■ Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Semnătura solicitantului |  | Data: |  |

**Superiorul ierarhic direct al solicitantei/solicitantului,**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nume și prenume: |  | Semnătura: |  |
|  |  |  |  |
| Funcția: |  |  |  |

**Aviz privind disponibilitatea fondurilor Viza de control financiar preventiv,**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nume și prenume: |  | Nume și prenume: | |  | |
|  |  | |  | |  |
| Funcția: |  | Funcția: | |  | |
|  |  | |  | |  |
| Semnătura: |  | Semnătura: | |  | |