

Aprobat Rector,

Aviz Coordonator Instituțional Erasmus +

Aviz Decan / Șef ierarhic superior

Nr. înregistrare Facultate _____

Nr. înregistrare Registratura UCB _____

**DOMNULE / DOAMNA Rector / Decan / Director / Șef Serviciu / Coordonator
Instituțional Erasmus +,**

Subsemnatul(a) _____

Funcția _____

Facultatea/Departamentul _____ din

Universitatea „Constantin Brâncuși” din Târgu-Jiu, vă rog să-mi aprobați deplasarea pentru
efectuarea unei mobilități de *predare / formare* în cadrul Programului ERASMUS + -
STAFF MOBILITY FOR TEACHING / TRAINING, la _____

_____.

Perioada _____, nr. de zile _____, orașul, țara _____.

Solicit din partea Programului Erasmus+ cofinanțarea cheltuielilor de
_____ pe perioada deplasării la

_____.
Argumentele privitoare la impactul deplasării asupra obiectivelor prioritare în activitatea
didactică / administrativă și/sau de cercetare științifică din U.C.B. Târgu-Jiu:

_____.
La întoarcere, voi prezenta un **raport de activitate** la Rectorat în termen de 7 zile
lucrătoare.

Anexez copii după următoarele acte doveditoare: invitație, programul etc.

Data _____

Semnătura _____

**Domnului / Doamnei Rector / Decan / Director / Șef Serviciu / Coordonator
Instituțional Erasmus+ al Universității „Constantin Brâncuși” din Tg-Jiu**

Detalii Financiare

Subsemnatul(a) _____
Funcția _____
Facultatea/Departamentul _____ UCB Târgu-
Jiu,
privitor la deplasarea în orașul _____, țara _____, pentru mobilitatea
de *predare / formare* în cadrul programului Erasmus+, în perioada _____,

vă aduc la cunoștință estimarea cheltuielilor legate de această deplasare, precum și modul lor
de acoperire:

➤ Transportul intern și internațional pe ruta: (mijloacele de
transport _____ în suma de lei _____,
valuta _____ Euro, va fi suportat din _____.

➤ Cheltuieli de subzistență (diurnă, cazare), (suma, specificați moneda) _____
vor fi suportate din: _____.

TOTAL CHELTUIELI ESTIMATE (în limita sumei de) _____

Surse de finanțare

1 _____

2 _____

3 _____

Data _____

Semnătura _____

Modul de acoperire a obligațiilor didactice

1. Pe perioada deplasării **am / nu am activitate didactică sau de evaluare.**
2. În urma deplasării, programul de recuperare / programul de suplinire va fi după cum urmează:

Nr. crt.	Denumirea cursului/ seminarului/examenului verificării	Specializarea	Cursul/ seminarul	Numele persoanei care suplinește	Data	Ora	Sala
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10							

Persoana / Persoanele care mă suplinește / suplinesc sunt:

Nume _____

Semnătura _____

Nume _____

Semnătura _____

Data _____

Semnătura _____