

Formularz Wniosku  
Wizyty Studyjne  
FUNDUSZ STYPENDIALNY I SZKOLENIOWY

Numer dokumentu: **FSS/2016/SV/W/xxxx**

Nazwa Instytucji wnioskującej:	
Miasto:	
Typ instytucji:	
Imiona i nazwiska uczestników wizyty	
Potwierdzenie znajomości języka na poziomie B2:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Data wyjazdu:	
Pierwszy dzień roboczy wizyty:	
Ostatni dzień roboczy wizyty:	
Data powrotu:	
Liczba dni wizyty:	
Liczba dni roboczych wizyty:	
Kraj, w którym będzie realizowana wizyta:	
Nazwa instytucji przyjmującej:	
Czy Instytucja wnioskująca otrzymała pomoc publiczną?	
Wnioskowana kwota dofinansowania na podróż:	
Wnioskowana kwota dofinansowania na utrzymanie:	
Wnioskowana kwota organizacji wizyty:	
Wnioskowana dodatkowa kwota związana ze specjalnymi potrzebami:	
Łączna wnioskowana kwota EUR:	
Łączna wnioskowana kwota PLN:	

FSS/2016/SV/W/xxxx



## Informacje ogólne

Przed wypełnieniem wniosku prosimy zapoznać się z informacjami zawartymi w „Przewodniku dla Instytucji wnioskujących i Beneficjentów” oraz w „Zaproszeniu do składania wniosków” znajdującymi się na stronie <http://www.fss.org.pl>.  
Wniosek i inne dokumenty przesłane wraz z wnioskiem nie podlegają zwrotowi.

Każdy wniosek rozpatrywany jest wraz z załącznikami, które powinny zostać przesłane jednocześnie z wnioskiem w jednej kopercie. Dokumenty przesłane oddzielnie nie będą podlegały ocenie. Dokumentację należy przesłać lub dostarczyć na adres Operatora:

Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji  
Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy  
ul. Mokotowska 43  
00-551 Warszawa  
z dopiskiem **FSS/SV/2016**

FSS/2016/SV/W/xxxx



## I. Opis Instytucji wnioskującej

Pełna nazwa urzędowa w języku narodowym	
Pełna nazwa urzędowa w języku angielskim	
Czy instytucja posiada Kartę Erasmusa dla Szkolnictwa Wyższego (ECHE) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Numer Karty Erasmusa dla Szkolnictwa Wyższego (ECHE)	
Typ instytucji	Orientacja rynkowa
Rodzaj instytucji	

### Adres urzędowy

Ulica	Nr budynku/lokalu	Kod pocztowy
Miejscowość	Kraj <b>PL-Polska</b>	Region
Strona www	Telefon	Fax

### I.1. Prawny przedstawiciel Instytucji wnioskującej

Dane muszą być zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym lub innym właściwym dokumentem rejestracyjnym.

Pan/Pani	Imię	Nazwisko	Tytuł naukowy
Stanowisko służbowe	Telefon	Fax	E-mail
<input type="checkbox"/> Adres taki sam jak Instytucji wnioskującej			
Ulica	Nr budynku/lokalu	Kod pocztowy	
Miejscowość	Kraj	Region	

### I.2. Osoba do kontaktu

Na adres elektroniczny tej osoby wysyłane będą wszelkie informacje i zapytania dotyczące Wizyty Studyjnej.

Pan/Pani	Imię	Nazwisko	Tytuł naukowy
Stanowisko służbowe	Telefon	Fax	E-mail

FSS/2016/SV/WI/xxxx



## II. Opis instytucji przyjmującej

Pełna nazwa urzędowa w języku narodowym	
Pełna nazwa urzędowa w języku angielskim	
Czy instytucja posiada Kartę Erasmusa dla Szkolnictwa Wyższego (ECHE) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Numer Karty Erasmusa dla Szkolnictwa Wyższego (ECHE)	
Kategoria instytucji	Sektor

### Adres urzędowy

Ulica	Nr budynku/lokalu	Kod pocztowy
Miejscowość	Kraj	Region
Strona www	Telefon	Fax

### II.1. Osoba do kontaktu

Podana osoba będzie odpowiedzialna za opiekę merytoryczną – organizacyjną nad przebiegiem wizyty.

Pan/Pani	Imię	Nazwisko	Tytuł naukowy
Stanowisko służbowe	Telefon	Fax	E-mail
Jednostka organizacyjna			

## III. Opis wizyty

III.1. Czy Instytucja wnioskująca i instytucja przyjmująca realizowały wcześniej wspólne projekty w ramach FSS?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---	---

Nr umowy <sup>1</sup>	Tytuł projektu

III.2. Czy Instytucja wnioskująca i instytucja przyjmująca mają obecnie podpisaną ważną umowę o współpracy?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---	---

Jaki jest zakres współpracy objęty umową? (min 50 - max 700 znaków)

### III.3. Streszczenie

III.4. Cel wizyty
-------------------

Do jakich programów planowane jest złożenie propozycji projektowej przygotowywanej w ramach wizyty?

III.5. Prosimy o uzasadnienie potrzeby realizacji wizyty z punktu widzenia Instytucji wnioskującej

III.6. Prosimy o opisanie jakie znaczenie i wpływ będzie miał wyjazd/planowany projekt na przyszłą działalność Instytucji wnioskującej

III.7. Prosimy o opisanie koncepcji przyszłej współpracy z instytucją przyjmującą

<sup>1</sup>Numer umowy z FSS, w ramach której prowadzona była wcześniejsza współpraca



**III.8. Prosimy o opisanie jakie działania ewaluacyjne/upowszechniające zaplanowano**

**III.9. Prosimy wymienić w punktach jakie konkretne rezultaty wizyty (krótko- i długoterminowe) przewidziano**

FSS/2016/SV/W/xxxx



#### IV. Uczestnik/-cy wizyty

Informacje dotyczące przedstawicieli instytucji, którzy będą realizowali wizytę. Należy pamiętać o dołączeniu CV w formacie Europass dla każdego z uczestników.

Pan/Pani	Imię	Nazwisko	
Stanowisko		Tytuł naukowy	
Telefon	Fax	E-mail	
Obszar tematyczny wizyty			
Rodzaj wizyty			
Poziom wykształcenia uczestnika wizyty			
Prosimy o określenie związku wyjazdu z zakresem obowiązków i zadań wykonywanych przez uczestnika wizyty w instytucji wnioskującej (min 400 - max 1100 znaków)			
Oświadczam, że uczestnik wizyty zna język angielski na poziomie co najmniej B2 (na podstawie Europejskiego Opisu Kształcenia Językowego)			<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>

Prosimy o podanie szczegółowego dziennego harmonogramu działań merytorycznych zaplanowanych w trakcie Wizyty Studyjnej oraz osób z instytucji przyjmującej zaangażowanych w te działania

Data	Zaangażowana osoba z instytucji przyjmującej	Liczba godzin
------	--	---------------

#### Szczegółowy opis działań merytorycznych

#### V. Okres realizacji wizyty

Wizyta może rozpocząć się najwcześniej w dniu 2016-08-01 oraz zakończyć najpóźniej w dniu 2016-12-31.

Koszty podróży uznaje się za uprawnione i Instytucja wnioskująca otrzyma ich zwrot (500 EUR), jeśli zostaną spełnione razem dwa poniższe warunki:

1. Wyjazd odbędzie się w pierwszy dzień roboczy wizyty lub w dzień poprzedzający pierwszy dzień roboczy.
2. Powrót odbędzie się w ostatni dzień roboczy wizyty lub w dzień po ostatnim dniu roboczym wizyty.

Koszt podróży zostanie uznany za nieuprawniony i Instytucja wnioskująca nie otrzyma jego zwrotu, jeśli wyjazd zostanie zaplanowany na dwa lub więcej dni przed pierwszym dniem roboczym wizyty oraz jeśli powrót zostanie zaplanowany na dwa lub więcej dni po ostatnim dniu roboczym wizyty.

Data wyjazdu	Pierwszy dzień roboczy wizyty	Ostatni dzień roboczy wizyty	Data powrotu
--------------	-------------------------------	------------------------------	--------------

#### VI. Zagadnienia horyzontalne

Prosimy o zaznaczenie zagadnienia (jednego lub więcej), które w największym stopniu odnosi się do realizacji i zakładanych rezultatów wnioskowanej wizyty.

<input type="checkbox"/> Zasady dobrego zarządzania (good governance)
<input type="checkbox"/> Równość szans kobiet i mężczyzn (gender equality)
<input type="checkbox"/> Zrównoważony rozwój - aspekt ekonomiczny (economic sustainability)
<input type="checkbox"/> Zrównoważony rozwój - aspekt społeczny (social sustainability)
<input type="checkbox"/> Zrównoważony rozwój - aspekt środowiskowy (environmental considerations)

#### Zasady dobrego zarządzania (good governance)



Prosimy o szczegółowy opis, w jakim zakresie zaznaczone zagadnienie odnosi się do Wizyty Studyjnej

**Równość szans kobiet i mężczyzn (gender equality)**

Prosimy o szczegółowy opis, w jakim zakresie zaznaczone zagadnienie odnosi się do Wizyty Studyjnej

**Zrównoważony rozwój - aspekt ekonomiczny (economic sustainability)**

Prosimy o szczegółowy opis, w jakim zakresie zaznaczone zagadnienie odnosi się do Wizyty Studyjnej

**Zrównoważony rozwój - aspekt społeczny (social sustainability)**

Prosimy o szczegółowy opis, w jakim zakresie zaznaczone zagadnienie odnosi się do Wizyty Studyjnej

**Zrównoważony rozwój - aspekt środowiskowy (environmental considerations)**

Prosimy o szczegółowy opis, w jakim zakresie zaznaczone zagadnienie odnosi się do Wizyty Studyjnej

## VII. Budżet

Uwaga: Kwoty należy wpisywać w Euro.

Liczba dni wizyty [1-14]	
Liczba dni roboczych wizyty [1-10]	
Liczba uczestników wizyty [1-10]	
Czy Instytucja wnioskująca ubiega się o zwiększenie dofinansowania ze względu na specjalne potrzeby?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
1. Koszt podróży wraz z ubezpieczeniem	
2. Koszt utrzymania	
3. Koszty organizacji wizyty	

4. Koszty specjalnych potrzeb uczestnika wyjazdu.

Koszty specjalnych potrzeb uczestnika wyjazdu (związanych z niepełnosprawnością). Prosimy o oszacowanie dodatkowych kosztów, dodając kolejne wersy tabeli poprzez wybranie i/lub edytowanie pozycji z listy rozwijalnej.

Pozycja	Kwota[Euro]
Razem koszty dodatkowe na specjalne potrzeby	
Ogółem dofinansowanie EUR	
Ogółem dofinansowanie PLN	

## VIII. Oświadczenie o otrzymanej pomocy publicznej

### Dane Instytucji wnioskującej

1. Pełna nazwa urzędowa w języku narodowym
2. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)
3. Numer w Krajowym Rejestrze Urzędowym Podmiotów Gospodarki Narodowej (REGON)
4. Typ instytucji

### Działalność gospodarcza

5. Czy Instytucja wnioskująca prowadzi działalność gospodarczą?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---	---



Jeśli TAK, to, w jakim zakresie? Proszę wpisać rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej zgodnie z dokumentem rejestrowym Instytucji wnioskującej wraz z kodem EKD/PKD.	
6. Na jaki cel Instytucja wnioskująca przeznacza środki z działalności gospodarczej? Proszę podać wszystkie kategorie wydatków ze środków pochodzących z działalności gospodarczej Wnioskodawcy	
7. Czy projekt jest związany w jakikolwiek sposób z prowadzoną przez Instytucję wnioskującą działalnością gospodarczą?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeśli TAK, to w jakim zakresie?	
Jeśli TAK, to które kategorie kosztów finansowanych w ramach projektu będą z nią związane (rodzaj kosztu i jego wysokość)?	

## Oświadczenie<sup>2</sup>

Oświadczam, że instytucja

1. w ciągu **bieżącego okresu sprawozdawczego oraz dwóch poprzedzających go okresów sprawozdawczych** otrzymała pomoc publiczną<sup>3</sup> w następującej wielkości: **0,00 PLN**, na co przedstawiam zaświadczenia, o których mowa w art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. Nr 123, poz. 1291).
2. **w ciągu bieżącego okresu sprawozdawczego oraz dwóch poprzedzających go okresów sprawozdawczych** nie otrzymała pomocy publicznej.

<sup>2</sup>Wypełnić z uwzględnieniem wszystkich zaświadczeń o pomocy publicznej otrzymanych w ciągu bieżącego okresu sprawozdawczego oraz dwóch poprzedzających go okresów sprawozdawczych.

<sup>3</sup>pomoc de minimis w rozumieniu art. 2 Rozporządzenia Komisji (WE) nr 1998/2006 z dnia 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis (Dz. Urz. WE L 379/5 z 28.12.2006) oznacza pomoc przyznaną temu samemu podmiotowi gospodarczemu w ciągu bieżącego okresu sprawozdawczego oraz dwóch poprzedzających go okresów sprawozdawczych, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie Wniosku nie przekroczy równowartości 200 000 euro. Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków bezpośrednich. Pułap ten stosuje się bez względu na formę pomocy i jej cel. Udzielenie pomocy de minimis musi być potwierdzone wydaniem zaświadczenia o jej udzieleniu. Zatem Beneficjent powinien wykazać w powyższym oświadczeniu każdą pomoc otrzymaną we wskazanym w oświadczeniu okresie, co do której Beneficjent otrzymał zaświadczenie potwierdzające udzielenie pomocy de minimis





## IX. DEKLARACJA WIARYGODNOŚCI

Deklaracja musi być podpisana przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do zawierania umów w imieniu Instytucji wnioskującej.

### Ja, niżej podpisany(a)

wnioskuję do Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego o dofinansowanie kosztów wizyty będącej przedmiotem niniejszego wniosku jak określono w niniejszym formularzu.

### Oświadczam, że:

- wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z moją najlepszą wiedzą i są prawdziwe;
- instytucja, którą reprezentuję, posiada zdolność prawną do uczestniczenia w Zaproszeniu do składania wniosków;
- jestem upoważniony(a) do podpisywania umów w imieniu instytucji składającej wniosek.

### Potwierdzam, że:

- reprezentowana przeze mnie instytucja w celu realizacji przedłożonego wniosku, posiada odpowiednie umocowania prawne, dostateczne i stabilne źródła finansowania oraz osoby o odpowiednich kompetencjach i kwalifikacjach zawodowych;
- instytucja, którą reprezentuję nie ma wszczętego postępowania układowego lub likwidacyjnego, jej upadłość albo utrata osobowości prawnej nie zostały ogłoszone, nie zawiesiła działalności gospodarczej, nie podlega postępowaniu sądowemu dotyczącemu tych kwestii, ani nie znajduje się w podobnej sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w ustawodawstwie krajowym;
- osoby działające w imieniu wyżej wymienionej instytucji nie zostały skazane prawomocnym wyrokiem za przestępstwo związane z ich działalnością zawodową, naruszenie etyki zawodowej lub ukarane za poważne wykroczenie zawodowe;
- na wyżej wymienionej instytucji (osobach wchodzących w skład jej organów) nie ciąży prawomocny wyrok dotyczący oszustwa, korupcji lub innych niezgodnych z prawem działań skutkujących powstaniem jakiegokolwiek szkody czy zagrożenia;
- wyżej wymieniona instytucja nie dopuściła się umyślnie lub przez zaniedbanie nieprawidłowości w wykonaniu kontraktów lub projektów finansowanych lub współfinansowanych ze środków publicznych.

### Przyjmuję do wiadomości, że

instytucji, którą reprezentuję nie zostanie przyznane dofinansowanie, jeżeli podczas trwania procedury przyznania dofinansowania znajdzie się ona w którejkolwiek z sytuacji opisanych powyżej lub poniżej:

- nastąpi konflikt interesów ze względów rodzinnych, osobistych lub politycznych lub z powodu wspólnych interesów narodowych, gospodarczych lub wszelkich innych wspólnych interesów z organizacją lub osobami, które są bezpośrednio lub pośrednio zaangażowane w proces przyznania dofinansowania
- będzie winna złożenia nieprawdziwych informacji wymaganych przez FRSE jako warunek udziału w procedurze przyznania dofinansowania lub też nie złoży tych informacji.

W przypadku zatwierdzenia niniejszego wniosku Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji pełniąc rolę Operatora FSS będzie mieć prawo do opublikowania nazwy i adresu instytucji, przedmiotu dofinansowania, przyznanej kwoty oraz procentu dofinansowania.

**Przyjmuję do wiadomości i potwierdzam, że kary administracyjne i finansowe mogą zostać nałożone na instytucję/organizację, którą reprezentuję, jeżeli zostanie uznana winną złożenia nieprawdziwych informacji lub w sposób istotny nie wywiąże się z obowiązków wynikających z umowy lub procedury przyznania dofinansowania.**

## OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Wniosek o dofinansowanie będzie przetwarzany komputerowo. Wszystkie dane osobowe (takie jak nazwiska, adresy, CV, itd.) będą przetwarzane zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia (WE) nr 45/2001 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2000 r. o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez instytucje i organy wspólnotowe i o swobodnym przepływie takich danych. Informacje przedstawione przez Instytucje wnioskujące niezbędne do oceny wniosku o dofinansowanie będą przetwarzane wyłącznie w tym celu przez zespół odpowiedzialny za obsługę programu. Na pisemny wniosek, dane osobowe mogą zostać przesłane do Instytucji wnioskującej celem ich skorygowania lub uzupełnienia. Wszelkie pytania dotyczące takich danych należy kierować do Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji, do której należy złożyć wniosek. Instytucje wnioskujące mogą każdorazowo wnieść skargę z tytułu przetwarzania swoich danych osobowych do Europejskiego Inspektora Ochrony Danych ( [http://www.edps.europa.eu/00\\_home.htm](http://www.edps.europa.eu/00_home.htm) ).



**Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego zgodnie z przepisami Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dn. 29. 08. 1997 r. (Dz. U. z 2002, Nr 101, poz. 926, art. 23, ust. 1, pkt. 1) oraz jestem świadomy przysługujących mi praw zgodnie z art. 24 Ustawy.**

Podpis osoby upoważnionej w imieniu Instytucji wnioskującej

Imię i nazwisko

.....  
Podpis

.....  
Data

.....  
Pieczęć instytucji

FSS/2016/SV/W/xxxx

