<DD-MM\_RRRR>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoba zgłaszająca***(imię nazwisko, jednostka organizacyjna)* | <imię i nazwisko> | (podpis) |
| <jednostka organizacyjna> |
| **Informacja o:** **Zgodnie z Zarządzeniem Rektora:** | [  ] zamknięciu JO[[1]](#footnote-1)  | [ ] powołaniu JO  |
| [  ] zmianie nazwy JO  |  |
| nr …………………………… | z dnia <DD-MM\_RRRR> |
| **ZAMKNIĘCIE JEDNOSTKI**  |
| **Nazwa JO** |  |
| **Data zakończenia obowiązywania** | <DD-MM-RRRR>  |
| **ZMIANA NAZWY JEDNOSTKI** |
| **Stara nazwa JO**  |  |
| **Nowa nazwa JO** |  |
| **Data rozpoczęcia obowiązywania**  | <DD-MM-RRRR> |
| **POWOŁANIE JEDNOSTKI** |
| **Nazwa JO** |  |
| **Umiejscowienie JO w Strukturze UMB** | [ ] Wydział Lekarski |
| [ ] Wydział Farmaceutyczny |
| [ ] Wydział Nauk o Zdrowiu |
| [ ] AdministracjaNazwa komórki nadrzędnej …………………………………………………… |
| **Data rozpoczęcia obowiązywania**  | <DD-MM-RRRR>  |
| **Symbol JO /kod POLON** |  |
| **Numer kosztowy**(wypełnia pracownik ZSZU) |  |
| **Rodzaj JO**(wypełnia pracownik ZSZU) | [  ] kadrowa | [  ] kosztowa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoba rejestrująca zmiany w Systemie**  |  | (podpis) |

1. JO –Jednostka Organizacyjna

UWAGA : Formularz wypełnia osoba zgłaszająca, poza polami oznaczonymi inaczej [↑](#footnote-ref-1)