

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ УЧАСТНИКОВ
НАУЧНЫХ КОМАНДИРОВОК ПО
ЛИНИИ МАГАТЭ**



IAEA

Международное агентство по атомной энергии

1. Возможность участвовать в научных командировках предоставляется кандидатам, которые занимают надлежащие консультативные или руководящие должности. Продолжительность командировки составляет до двух недель максимум в две страны. Обычно научные командировки составляют неотъемлемую часть осуществления проекта технического сотрудничества в областях развития, представляющих высокий национальный приоритет, или возможность участия в них предоставляется на индивидуальной основе как прямой вклад в развитие людских ресурсов программы по атомной энергии страны.

2. Программа научных командировок определяется МАГАТЭ в сотрудничестве с принимающими странами, и точная продолжительность и сроки любой командировки зависят от решения правительства принимающей страны. Кандидатам предлагается принять меры по получению всех необходимых виз. Следует иметь в виду, что **получение виз, включая, в случае необходимости, транзитных виз – это исключительная ответственность участника научной командировки.** Следует немедленно сообщать МАГАТЭ о любых изменениях в контактной информации, предоставленной в заполненной анкете кандидата (почтовый адрес, номер телефона и адрес электронной почты).

3. Всю корреспонденцию, касающуюся научной командировки, следует направлять в **соответствующий** отдел МАГАТЭ:

Отделы МАГАТЭ
Division for Africa (Отдел Африки)
Division for Asia and the Pacific (Отдел Азии и Тихого океана)
Division for Europe (Отдел Европы)
Division for Latin America (Отдел Латинской Америки)

Почтовый адрес	Контактные данные для дистанционной связи
Department of Technical Cooperation International Atomic Energy Agency PO Box 100, 1400 Vienna, Austria	Тел.: (+43 1) 2600 Факс: (+43 1) 26007 Эл. почта: Official.Mail@iaea.org

4. Обычную корреспонденцию следует направлять соответствующему помощнику по управлению программами, причем во всех случаях необходимо указывать полностью фамилию и имя участника и кодовый номер научной командировки.

5. Сроки научных командировок должны быть намечены с учетом пожеланий компетентных органов принимающей страны и институтов, которые предполагается посетить. Изменение согласованных с принимающими странами сроков научных командировок, как правило, влечет за собой длительные задержки или даже отмену командировки. Любые просьбы кандидатов о перенесении сроков командировок или изменения графика после подготовки программы командировки принимающей страной должны сопровождаться обоснованным объяснением, подтвержденным институтом кандидата.

6. Для соответствующей поездки участник научной командировки получит: i) предварительно оплаченный билет по минимальному возможному тарифу экономического класса или, вместо предварительно оплаченного билета, единовременную выплату и ii) субсидию на поездку, предназначенную для оплаты расходов на проживание, питание, поездки внутри страны (поездом, автобусом или такси) и других сопутствующих расходов (таких как оплата аэропортовых сборов, книг и сверхнормативного багажа). Участник научной командировки должен рассчитать свои расходы так, чтобы они не выходили за рамки предоставляемой субсидии на поездку, поскольку возмещение каких-либо дополнительных расходов невозможно.

7. Если в силу расписания полетов участнику научной командировки приходится делать остановку по пути следования, то расходы, связанные с проживанием и питанием во время этой остановки, оплачиваются самим участником (или его/ее правительством). Поэтому для таких случаев участнику научной командировки следует иметь при себе достаточную сумму денег. Внимание обращается на практику большинства международных авиалиний, которые, в случае вынужденных остановок в пути, как правило, оплачивают стоимость проживания.
8. Субсидия на поездку электронным банковским переводом на личный банковский счет выплачивается в полном объеме до отъезда; только в исключительных случаях эти средства могут быть переведены через отделение Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) в родной стране или стране проживания участника командировки.
9. Участнику научной командировки необходимо в течение одного месяца после завершения командировки направить электронной почтой отчет о командировке (образец см. приложение 1). Вместе с этим отчетом необходимо отправить отсканированные использованные посадочные талоны в формате pdf.
10. **Ответственность.** МАГАТЭ имеет полис страхования гражданской ответственности. Этот полис предусматривает финансовое обеспечение юридической ответственности, которое может потребоваться от МАГАТЭ в порядке удовлетворения предъявленных ему требований компенсации в связи с утратой имущества или ущербом имуществу, или телесным повреждением, или заболеванием (смертельным или не смертельным) лиц в результате небрежности, ошибки или упущения застрахованной стороны или любого лица или лиц, за действия, ошибки и упущения которых она может нести ответственность. Кроме того, полис обеспечивает возмещение для покрытия ответственности МАГАТЭ в процессе подготовки ученых в лабораториях государств-членов, в том числе ответственность лиц, проходящих подготовку.
11. **Медицинское страхование.** Все участники научных командировок обеспечиваются за счет МАГАТЭ полисом медицинского страхования компании "Сигна интернэшнл хэлс сервисез БВБА". Информация об условиях этого страхования содержится в документе [Frequently Asked Questions \(https://www.iaea.org/sites/default/files/18/01/cigna.pdf\)](https://www.iaea.org/sites/default/files/18/01/cigna.pdf). Это страхование должно покрыть большую часть личных расходов на медицинские услуги при несчастном случае или в случае болезни, но оно не покрывает медицинские расходы членов семьи. В соответствии с условиями этого страхового полиса участник командировки должен оплатить счета за медицинские услуги, а затем представить подлинники счетов с подтверждением их оплаты в компанию "Сигна интернэшнл хэлс сервисез БВБА" в Бельгии, используя [Cigna Group Medical Insurance Scheme claim form \(https://www.iaea.org/sites/default/files/18/11/cigna-medical-claim-form.pdf\)](https://www.iaea.org/sites/default/files/18/11/cigna-medical-claim-form.pdf) (содержится также в приложении 2). Расходы возмещаются незамедлительно. Направлять медицинские счета в МАГАТЭ или через МАГАТЭ не следует.
12. Полные маршруты следования в ходе научной командировки, с указанием адресов институтов и пунктов связи принимающих сторон, направляются участникам сразу же после получения согласия правительств всех заинтересованных принимающих стран.
13. МАГАТЭ не занимается размещением в гостинице, кроме как **по запросу** и в связи с научными командировками, проходящими в Вене, Австрия.

ОТЧЕТ О НАУЧНОЙ КОМАНДИРОВКЕ

1. Фамилия, имя участника научной командировки:	Место для введения текста.
2. Кодовый номер научной командировки:	Место для введения текста.
3. Адрес участника научной командировки в принимающей стране:	Место для введения текста.
4. Дата начала программы в принимающей стране:	Место для введения текста.
5. Дата завершения программы в принимающей стране (включая поездки по стране, если это применимо):	Место для введения текста.
6. Название и полный адрес учреждения, в котором проходила командировка:	Место для введения текста.
7. Номер проекта ТС:	Место для введения текста.
8. Название партнера по проекту ТС:	Место для введения текста.
9. Опишите основные элементы командировки (полученная подготовка, встречи с должностными лицами принимающей стороны, проведенная исследовательская работа и т.п.):	Место для введения текста.
10. Дайте вашу оценку, насколько данная командировка была ценной для вашей дальнейшей работы на родине:	Место для введения текста.
11. Какую должность вы занимаете в настоящее время? Опишите вкратце ваши нынешние функции и обязанности.	Место для введения текста.
12. С тем чтобы улучшить административное управление программой научных командировок МАГАТЭ, просьба поделиться соображениями и замечаниями по следующим пунктам:	
i) Приемлемость учреждения, выбранного в качестве принимающего для этой командировки:	Место для введения текста.
ii) Приемлемость выполненной программы командировки и качество полученных вами руководящих материалов:	Место для введения текста.
iii) Качество и приемлемость предложенных вам в ходе командировки условий:	Место для введения текста.
iv) Условия проживания:	Место для введения текста.
v) Помощь, полученная от МАГАТЭ:	Место для введения текста.

vi) Помощь, полученная от компетентных органов вашей страны и/или принимающей страны: Место для введения текста.
13. Любые другие замечания: Место для введения текста.

Подпись участника научной командировки с указанием даты.

Дата:	Место для введения текста.	Подпись участника научной командировки:	
--------------	----------------------------	--	--



FELLOWS / TRAINEES

MEDICAL CLAIM FORM

1. Please write clearly in black ink and **BLOCK CAPITALS**.
2. This claim form contains personal data. Please don't share this with members outside your family.
3. Please complete a separate claim form for each patient and for each currency.
4. Return this form with original invoices (no staples) to:
Cigna, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgium

Name plan member

Personal reference n° /

Organisation

PATIENT

Name

Date of birth D M Y Gender M F

Address

Telephone

Email

Project no.

Period of contract D M Y

CLAIM INFORMATION

Is the claim (partially) related to an accident? No Yes Yes, work related
 If yes, also complete the [Notification of accident form](#).

Is the claim covered by another insurance? No Yes
 If yes, specify the amount and the insurance company and include the insurance statements (settlement notes, invoices, etc.)

Amount and currency Insurance company

Currency	Amount	Invoice date	Nature of expenses	Diagnosis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total <input type="text"/>		Main country of treatment <input type="text"/>		

PAYMENT INFORMATION - COMPLETE ONLY IN CASE OF CHANGE

Mail cheque to Name

Address

Bank transfer Preferred currency of reimbursement

The currencies are limited by the contract. If this currency is different from that of your bank account, your bank could charge you fees at your expense.

Name account holder

Account n° or IBAN

BIC/Swift code Bank ID

Full bank name and address

In view of a smooth administration of the contract and/or settlement of the insurance claim, and only for that purpose, I hereby give my specific and informed consent regarding the processing of the medical data concerning myself and/or the members of my family article 7 of the Belgian law of December 8, 1982 concerning the private life, I certify that the above information is to the best of my knowledge and belief correct and true. The insurance of false claims, the provision of misleading information or the withholding of information related thereto is an offence punishable by Law. The information provided on or attached to this form may be disclosed to other persons or written for the purpose of processing this claim and performing medical insurance plan administration.

Date D M Y

Signature of the plan member

S4630 Rev. 01/11/14