

Руководство для участников научных командировок по линии программы технического сотрудничества (ТС) МАГАТЭ



IAEA

Международное агентство по атомной энергии

Атом для мира и развития

1. Научные командировки организуются для старших сотрудников, которые занимают консультативные или руководящие должности или выполняют аналогичные функции, причем их опыт работы в соответствующей области должен составлять не менее пяти лет, а непрерывный трудовой стаж на текущей должности в своей стране — также не менее пяти лет. Продолжительность командировок составляет до двух недель, они организуются максимум в две страны. Научные командировки являются неотъемлемой частью осуществления проектов технического сотрудничества в областях развития, имеющих приоритетное значение для конкретной страны, также возможность участия в них предоставляется на индивидуальной основе и рассматривается как непосредственный вклад в развитие людских ресурсов в рамках национальной программы развития атомной энергетики.

2. Программа научных командировок определяется МАГАТЭ в сотрудничестве с принимающими странами, поэтому точные сроки и продолжительность каждой конкретной командировки зависят от решения правительства принимающей страны. Кандидатам предлагается предпринять соответствующие шаги для получения всех требуемых виз. Следует иметь в виду, что **получение виз, в том числе, 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 (смена фамилии или имени, почтового адреса, номера телефона и адреса электронной почты).

3. **Всю корреспонденцию следует направлять соответствующему помощнику по управлению программами,** причем во всех случаях необходимо указывать полностью фамилию и имя участника научной командировки и номер мероприятия. Общая контактная информация приведена ниже.

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 and the Caribbean (Отдел Латинской Америки и Карибского бассейна)

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. Сроки научной командировки должны планироваться с учетом пожеланий компетентных органов принимающей страны и учреждений, которые предполагается посетить. Изменение согласованных с принимающими странами сроков научной командировки, как правило, влечет за собой длительные задержки или даже отмену командировки. Любые просьбы кандидатов о переносе сроков командировки или изменении графика, поступающие после завершения подготовки принимающей страной программы командировки, должны сопровождаться обоснованным объяснением, заверенным учреждением кандидата.

5. Для соответствующей поездки участник научной командировки получит: i) оплаченный билет по минимальному возможному тарифу экономического класса или, вместо предварительно оплаченного билета, единовременную выплату на организацию поездки и ii) суточные для оплаты расходов на проживание, питание, поездки местным транспортом (поездом, автобусом или такси) и прочих накладных расходов (таких как оплата аэропортовых сборов, виз 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. Если участник научной командировки сократит продолжительность своей поездки, то оставшиеся средства должны быть возвращены МАГАТЭ.

6. Если в силу расписания полетов участник научной командировки вынужден сделать промежуточную остановку по пути следования для пересадки на другой рейс, то расходы, связанные с проживанием и питанием во время такой остановки, оплачиваются самим участником (или его/ее правительством). Поэтому для таких случаев участнику научной командировки следует иметь при себе достаточную сумму денег. Следует также обратить внимание на то, что большинство международных авиакомпаний, как правило, оплачивают стоимость проживания в случае длительной стыковки рейсов.

7. Суточные выплачиваются в полном объеме до отъезда путем электронного банковского перевода на личный банковский счет; 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.

8. Участнику научной командировки необходимо в течение одного месяца после завершения командировки **отправить по электронной почте отчет о командировке** (см. образец в приложении 1) соответствующему помощнику МАГАТЭ по управлению программами. Вместе с этим отчетом необходимо отправить отсканированные использованные посадочные талоны в формате PDF.

9. **Ответственность.** МАГАТЭ имеет действующий договор страхования гражданской ответственности. Этим договором предусматривается финансовое обеспечение юридической ответственности, которое может потребоваться от страхователя 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 страхователя или любого лица или лиц, за действия, ошибки и упущения которых он может нести ответственность. Кроме того, договором гарантируется возмещение для покрытия ответственности МАГАТЭ в процессе подготовки ученых в лабораториях государств-членов, в том числе ответственность лиц, проходящих подготовку.

10. Участникам научных командировок настоятельно рекомендуется не брать кого-либо из членов семьи для совместного проживания в период научной командировки.

11. **Медицинское страхование.** Участники научных командировок, выезжающие за пределы своей страны, обеспечиваются за счет МАГАТЭ полисом медицинского страхования компании «Сигна интернэшнл хэлс сервисез БВБА» («Сигна»). 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 участники научных командировок должны самостоятельно оплатить счета за медицинские услуги, а затем представить оригиналы счетов с подтверждением их оплаты в компанию «Сигна», Бельгия.** Возмещение будет предоставлено незамедлительно. В случае стационарного лечения, т.е. в случае нахождения в больнице в течение, как минимум, одной ночи, компания «Сигна» может договориться с медицинским учреждением о прямом выставлении счетов. Медицинские счета должны быть направлены непосредственно в компанию «Сигна». С соответствующими инструкциями можно ознакомиться в [Руководстве по программе коллективного медицинского страхования в компании «Сигна»](#) (на англ. языке). В приложении 2 приведен образец формы [заявления о страховом случае](#).

12. **COVID-19.** От участников научных командировок требуется соблюдение национальных, местных и/или введенных принимающей стороной мер по борьбе с COVID-19, равно как и рекомендаций по сдерживанию распространения коронавирусной инфекции.

13. **Форма медицинской справки.** Для всех кандидатов в возрасте старше 65 лет, независимо от продолжительности мероприятия, должна быть представлена медицинская справка о состоянии здоровья, подписанная зарегистрированным врачом и выданная не более чем за четыре месяца до даты начала научной командировки. Участнику научной командировки необходимо пройти медицинское обследование в срок от трех до одного месяца до начала поездки и перед выездом отправить медицинскую справку помощнику по управлению программами МАГАТЭ (приложение 3).

14. **Бланк учета доз профессионального облучения (УДПО).** В случае, если научная командировка предполагает профессиональное облучение, просьба заполнить бланк УДПО и отправить его помощнику по управлению программами МАГАТЭ, строго следуя приведенным указаниям (приложение 4). Этот бланк заполняется не ранее, чем за шесть месяцев до даты начала мероприятия. МАГАТЭ в установленном порядке предоставит дозиметрический прибор для мониторинга профессионального облучения во время командировки.

15. **Бланк для назначения бенефициара и контактного лица на случай чрезвычайной ситуации.** Всем участникам научных командировок предлагается до своего отъезда заполнить, подписать и отправить помощнику по управлению программами МАГАТЭ бланк для назначения бенефициара и контактного лица на случай чрезвычайной ситуации (приложение 5).

16. Полные маршруты следования в ходе научной командировки с указанием адресов принимающих учреждений и контактных лиц направляются участникам сразу же после получения согласия правительств всех заинтересованных принимающих стран.

17. МАГАТЭ не занимается организацией размещения в гостинице, кроме как **по запросу** и в связи с научными командировками, проходящими в Вене, Австрия.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ УЧАСТНИКАМИ НАУЧНЫХ КОМАНДИРОВОК ОТЧЕТОВ
В МАГАТЭ**

ОТЧЕТ О НАУЧНОЙ КОМАНДИРОВКЕ

ПРИМЕЧАНИЕ. Срок представления отчета составляет **один месяц после завершения мероприятия.**
Просьба представить настоящий отчет помощнику по управлению программами МАГАТЭ.

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

v) Помощь, полученная от МАГАТЭ:
vi) Помощь, полученная от компетентных органов вашей и/или принимающей страны:
13. Любые другие замечания:

Подпись участника научной командировки с указанием даты.

Дата:		Подпись участника научной командировки:	
--------------	--	--	--

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ЗАЯВЛЕНИЕ В КОМПАНИЮ «СИГНА» О ВОЗМЕЩЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ



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"/> M <input type="text"/> Y <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> M <input type="text"/> Y <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> M <input type="text"/> Y <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 issuance 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 entities for the purpose of processing this claim and performing medical insurance plan administration.

Date D M Y

Signature of the plan member

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ПРИМЕЧАНИЕ ДЛЯ УЧАСТНИЦ НАУЧНЫХ КОМАНДИРОВОК МАГАТЭ

Если женщина, утвержденная МАГАТЭ для выполнения работы или прохождения подготовки, узнает о своей беременности, она должна уведомить МАГАТЭ об этом факте.

Советом управляющих МАГАТЭ были одобрены Международные основные нормы безопасности для защиты от ионизирующих излучений и безопасного обращения с источниками излучения. Эти нормы непосредственно касаются условий профессионального облучения сотрудниц и, в частности, требуют от женщины в случае беременности извещать об этом своего работодателя, чтобы условия ее труда при необходимости были изменены. Эта информация не может считаться причиной для освобождения ее от работы; однако ее условия работы в том, что касается профессионального облучения, должны быть изменены с целью обеспечить эмбриону или плоду точно такой же широкий уровень защиты, какой требуется обычному человеку.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА



МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

Фамилия, имя кандидата (заполняется машинописью или от руки печатными буквами):

Дата рождения: _____

Я, будучи квалифицированным врачом, настоящим удостоверяю, что обследовал(а) указанного выше кандидата и нахожу его/ее здоровым, не имеющим каких-либо инфекционных заболеваний и способным физически и умственно выполнять любые соответствующие обязанности вне места своего проживания.

Фамилия, имя и адрес врача, проводившего обследование (заполняется машинописью или от руки печатными буквами):

Подпись и печать врача, проводившего обследование:

Дата обследования: _____

Инструкции. Медицинская справка о состоянии здоровья, которая должна быть выдана не ранее, чем за четыре месяца до начала соответствующего мероприятия, предоставляется в следующих случаях:

- для участия в мероприятиях, продолжительность которых превышает один месяц;
- для всех кандидатов старше 65 лет, независимо от продолжительности мероприятия.

Такая справка должна быть:

- заполнена зарегистрированным практикующим врачом после тщательного клинического и лабораторного обследования (рентгенограмма грудной клетки прилагается только в случае наличия клинических показаний);
- направлена ответственному административному контактному лицу в Департаменте технического сотрудничества **до** начала мероприятия.

Ориентировочные вопросы для медицинского заключения

1. Если в течение последних трех лет кандидат проходил лечение, опишите характер лечения и течение заболевания(й) на данный момент.
2. Какие лекарства кандидат принимает регулярно и каковы основания для приема каждого из них?
3. Какое у кандидата нормальное артериальное давление?
4. Хорошее ли состояние здоровья у кандидата и может ли он работать с полной нагрузкой?
5. Готов ли кандидат физически и умственно к участию в интенсивной программе подготовки за пределами своей страны?
6. Не имеет ли кандидат инфекционных заболеваний (например, туберкулеза или трахомы), которые могут представлять риск для кандидата и других лиц, контактирующих с ним/ней в период подготовки?
7. Имеются ли у кандидата медицинские показания, по которым может потребоваться его/ее лечение в период подготовки?
8. Имеются ли какие-либо изменения, выявленные по результатам рентгенографии грудной клетки?

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. БЛАНК УЧЕТА ДОЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЛУЧЕНИЯ

БЛАНК УЧЕТА ДОЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЛУЧЕНИЯ

Фамилия, имя кандидата	
Работодатель	

Название мероприятия	
Номер мероприятия	
Место проведения	
Сроки проведения	С: _____ По: _____

Участвуете ли вы в программе индивидуального дозиметрического контроля в вашей стране?
 ДА НЕТ

Если да,

- укажите дату начала индивидуального дозиметрического контроля (мм/гггг):
- заполните соответствующие поля ниже:

Величина	Единица измерения	Значение за предыдущие пять календарных лет	Значение в текущем календарном году
Эффективная доза ⁽¹⁾			
Эквивалентная доза в хрусталике глаза			
Эквивалентная доза в конечностях или коже			

Данные УДПО предоставлены или подтверждены ⁽²⁾ :	Фамилия, имя:
	Должность:
	Подпись:

Подпись кандидата: _____

Дата⁽³⁾: _____

⁽¹⁾ Эффективная доза, полученная за счет внешнего И внутреннего облучения. Если сообщается другая величина, укажите обозначение и единицу измерения.

⁽²⁾ Данные УДПО должны быть предоставлены или подтверждены сотрудником по радиационной защите, руководителем кандидата или поставщиком услуг индивидуального дозиметрического контроля.

⁽³⁾ Настоящий бланк заполняется не ранее, чем за шесть месяцев до даты мероприятия.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. БЛАНК ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕНЕФИЦИАРА И КОНТАКТНОГО ЛИЦА НА СЛУЧАЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

**БЛАНК ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕНЕФИЦИАРА И КОНТАКТНОГО ЛИЦА
НА СЛУЧАЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ**

Номер мероприятия:

Назначение бенефициара

Я,, дата рождения.....,
(фамилия, имя) (дата, месяц, год)

аннулирую любые предыдущие назначения мною бенефициаров в отношении средств, которые причитаются или могут причитаться мне к выплате Международным агентством по атомной энергии (МАГАТЭ), настоящим назначаю бенефициара или бенефициаров, указанных ниже, которым я разрешаю и поручаю МАГАТЭ выплатить в случае моей смерти любые причитающиеся мне денежные средства.

Необходимая информация о каждом бенефициаре

Фамилия, имя	Возраст	Кем приходится	Доля, подлежащая получению
1.			%
2.			%
3.			%

Настоящим я даю поручение, если ранее не указано иное, относительно того, что в случае назначения мною более одного бенефициара, доля бенефициара или бенефициаров, которые могут скончаться до моей смерти, должна быть равномерно распределена между оставшимися или полностью перейти последнему оставшемуся в живых бенефициару. Если на момент моей смерти никого из них не останется в живых, вся сумма переходит в наследственную массу.

Настоящим я оставляю за собой право аннулировать или изменить назначение любого из бенефициаров в любой момент времени, в соответствии с предписанным МАГАТЭ порядком и формой, и без ведома или согласия самого бенефициара.

Назначение контактного лица на случай чрезвычайной ситуации

Настоящим я даю свое согласие МАГАТЭ в случае возникновения чрезвычайной ситуации связаться с указанным ниже лицом.

Фамилия, имя:	
Номер телефона: (указать код страны)	
Адрес электронной почты:	

.....
(дата)

.....
(подпись)