



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PROGRAM ERASMUS+

Wyjazd pracownika w celach dydaktycznych (STA) lub szkoleniowych (STT)

Uwaga! Przed wypełnieniem formularza należy zapoznać się z
„Regulamin przyznawania stypendiów dla pracowników AWFis” (pliki dostępne na stronie www.awf.gda.pl)

Imię i nazwisko			
Jednostka / Zakład			
Zajmowane stanowisko			
Adres e-mail		Telefon prywatny	
Rodzaj wyjazdu:	STA-dydaktyczny ☐		
	STT-szkoleniowy ☐		
Jestem osobą z orzeczoną stopniem niepełnosprawności	Tak ☐ Nie ☐		
Czy kandydat/ka korzystał/a w przeszłości ze stypendium Erasmus+ (kiedy?)	Tak ☐ w roku..... Nie ☐		
Staż pracy	Poniżej 10 lat ☐	Między 10 lat a 20 lat ☐	Powyżej 20 lat ☐
Język obcy, w którym będą prowadzone zajęcia			
Określenie poziomu znajomości języka obcego ¹ (proszę zaznaczyć)	A1 A2 B1 B2 C1 C2		
Posiadany certyfikat językowy z określonym poziomem języka lub inny dokument potwierdzający poziom językowy			

¹ poziom znajomości zgodnie z tabelą samooceny Europejskich poziomów biegłości językowej (European language levels - Self Assessment Grid) dostępną pod adresem:
<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168045bb62>)



DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO WYJAZDU – tylko dla wyjazdu STA (z dydaktyką)

Nazwa Uczelni Partnerskiej		
Adres Uczelni Partnerskiej		
Planowany okres pobytu	od	do
Imię, nazwisko, tytuł, stopień naukowy osoby współpracującej w Uczelni Partnerskiej		
Forma planowanych zajęć dydaktycznych (wykład, ćwiczenia, seminarium, inna – podać jaka)		
Liczba godzin planowanych do zrealizowania (nie mniej niż 8 godz./tydz.)		
W jakim języku będą prowadzone zajęcia dydaktyczne		
Program zajęć dydaktycznych		
Planowane korzyści dla uczelni z działań podejmowanych podczas pobytu		

data:

.....
podpis Kandydata

.....
podpis Kierownika danej jednostki



DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO WYJAZDU – tylko dla wyjazdu STT

Nazwa Instytucji /Uczelni Przyjmującej		
Adres Instytucji /Uczelni Przyjmującej		
Planowany okres pobytu	od	do
Imię, nazwisko, tytuł, stopień naukowy osoby współpracującej w Instytucji /Uczelni Przyjmującej		
Forma planowanego szkolenia (job shadowing, szkolenie, warsztaty, inne – jakie?)		
Liczba godzin planowanych do zrealizowania (nie mniej niż 8 godz./tydz.)		
W jakim języku będzie prowadzone szkolenie		
Program szkolenia		
Planowane korzyści dla uczelni z działań podejmowanych podczas pobytu		

data:



.....
podpis Kandydata

.....
podpis Kierownika danej jednostki

OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia procesu rekrutacji do udziału w programie Erasmus+ oraz realizacji wyjazdu na studia lub praktyki w ramach programu Erasmus+ (student) lub realizacji wyjazdu w ramach programu Erasmus+ w celach dydaktycznych lub szkoleniowych (pracownik), zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1)).
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli informacyjnej.

Data.....

Podpis.....