FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA WYJAZD W RAMACH

# STAFF TRAINING MOBILITY (STT)

# W PROGRAMIE ERASMUS+ KA 103 2020 WSPÓŁPRACA Z KRAJAMI PROGRAMU

# W ROKU AKADEMICKIM 2020/2021

1. **Informacje dotyczące pracownika:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  | | |
| e-mail i telefon |  | | |
| Jednostka i staż pracy na PP |  | | |
| Pracownik naukowy / dydaktyczny | | Pracownik administracyjny / techniczny | |
| Pracownik deklaruje przyjęcie pracownika uczelni partnerskiej w celu realizacji programu dydaktycznego / szkoleniowego na PP | TAK | | NIE |
| Pracownik przyjął pracownika uczelni partnerskiej goszczącego na PP w ramach programu Erasmus+ KA 103 lub KA 107 (jeżeli tak, proszę podać imię, nazwisko i nazwę uczelni) | TAK  ………………………………………………………………… | | NIE |
| Pracownik wyjeżdżał w ubiegłych latach za granicę w ramach programu Erasmus+ KA 103 do krajów programu | TAK | | NIE |
| Pracownik wyjeżdżał w ubiegłych latach za granicę w ramach programu Erasmus+ KA 107 do krajów partnerskich | TAK | | NIE |
| Opis zakresu obowiązków pracownika |  | | Potwierdzam zakres obowiązków pracownika  .....................................................  Podpis Kierownika  Jednostki Organizacyjnej |
| Opis obowiązków pracownika związanych z programem Erasmus+ lub obsługą studentów zagranicznych (jeżeli dotyczy) |  | |
| Opis realizowanych przez pracownika zadań związanych z umiędzynarodowieniem uczelni wynikającym ze strategii PP (jeżeli dotyczy) |  | | |

1. **Informacje dotyczące planowanego wyjazdu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja partnerska, w której realizowane będzie szkolenie |  |
| Kraj |  |
| Termin pobytu |  |
| Opis zakresu planowanego szkolenia |  |
| Opis celowości uczestnictwa w szkoleniu i zakresu zakładanego podniesienia kwalifikacji zawodowych |  |
| Uwagi dot. wyjazdu |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że zapoznałem /łam się z zasadami finansowania i kryteriami kwalifikacji w programie Erasmus+ KA 103 2020  oraz klauzulą RODO | Wyrażam zgodę na wyjazd szkoleniowy  w ramach programu Erasmus+ |
| …………......................................................................  Podpis kandydata | ........................................................................  Podpis Kierownika Jednostki Organizacyjnej |
| Poznań, dnia …………………………………………………. | Poznań, dnia …………………………………………………. |

***UWAGA!***

*Formularz wypełniony elektronicznie, opatrzony wymaganymi podpisami należy złożyć do dnia* ***3 sierpnia 2020 r****. w Dziale Współpracy Międzynarodowej PP (budynek Rektoratu, pokój 111)*