FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA WYJAZD W RAMACH

# STAFF TEACHING ASSIGNMENTS (STA)

# PROJEKT KA171 2023

**WSPÓŁPRACA Z KRAJAMI TRZECIMI NIESTOWARZYSZONYMI Z PROGRAMEM ERASMUS+**

1. **Informacje dotyczące pracownika:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  | | | |
| e-mail / telefon |  | | | |
| Jednostka / staż pracy na PP |  | | | |
| 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 171 (jeżeli tak, proszę podać imię, nazwisko  i nazwę uczelni) | TAK  …………………………………………………………. | | NIE | |
| Pracownik wyjeżdżał w ubiegłych latach za granicę w ramach programu Erasmus+ KA 131 do krajów programu | wyjazd dydaktyczny | wyjazd szkoleniowy | | nie wyjeżdżałam/em |
| Pracownik wyjeżdżał w ubiegłych latach za granicę w ramach programu Erasmus+ KA 171 do krajów partnerskich | wyjazd dydaktyczny | wyjazd szkoleniowy | | nie wyjeżdżałam/em |
| Opis realizowanych przez pracownika zadań związanych z umiędzynarodowieniem uczelni wynikającym ze strategii PP (jeżeli dotyczy) |  | | | |

1. **Informacje dotyczące planowanego wyjazdu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja partnerska, w której realizowany będzie program nauczania |  |
| Kraj |  |
| Termin pobytu |  |
| Przedmiot, z którego będą prowadzone zajęcia |  |
| Ilość godzin zajęć (min. 8) |  |
| Program wizyty i tematyka prowadzonych zajęć |  |
| Opis współpracy naukowo-badawczej pracownika z partnerami z ośrodka przyjmującego lub wspólnych przedsięwzięć współorganizowanych przez pracownika z partnerami z ośrodka przyjmującego (jeżeli dotyczy) |  |
| Uwagi dot. wyjazdu: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że zapoznałem /łam się z zasadami finansowania i kryteriami kwalifikacji w programie Erasmus+ KA171 2023  oraz klauzulą RODO | Wyrażam zgodę na wyjazd dydaktyczny  w ramach programu Erasmus+ |
| …………......................................................................  Podpis pracownika | ........................................................................  Podpis Kierownika Jednostki Organizacyjnej |
| Poznań, dnia …………………………………………………. | Poznań, dnia …………………………………………………. |

***UWAGA!***

*Formularz wypełniony elektronicznie, opatrzony wymaganymi podpisami, należy złożyć do dnia* ***29 listopada 2024 r*** *w Dziale Współpracy Międzynarodowej PP.*