Załącznik nr 6 do Regulaminu Wyjazdów w ramach Programu Erasmus+ wprowadzonego Zarządzeniem Rektora nr

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **logo_umb** | **FORMULARZ APLIKACYJNY**  **NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO O WYJAZD W CELACH DYDAKTYCZNYCH W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+** | EU flag-Erasmus+_vect_POS |

**DANE OSOBOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rok akademicki wyjazdu** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Imiona** |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **PESEL** |  |
| **Numer paszportu** (wypełnić wyłącznie  w przypadku wyjazdów do krajów nie będących członkami Unii Europejskiej) |  |
| **Stały adres zamieszkania** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **E-mail** |  |
| **Wydział** |  |
| **Stanowisko** |  |
| **Tytuł / stopień naukowy** |  |
| **Doświadczenie dydaktyczne** | mniej niż 10 lat doświadczenia  od 10 do 20 lat doświadczenia  powyżej 20 lat doświadczenia |

**DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO WYJAZDU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Uczelnia przyjmująca** (nazwa, miasto, kraj) |  |
| **Tematyka planowanych zajęć** |  |
| **Forma planowanych zajęć** (wykład, ćwiczenia, seminarium, itp.) |  |
| **Planowana liczba godzin zajęć dydaktycznych** (tygodniowo) |  |
| **Język prowadzenia zajęć dydaktycznych** |  |
| **Czas trwania mobilności**  (bez dni podróży) | od ……………………… do ………………………… |
| **Czas trwania mobilności**  (z dniami podróży) | od ……………………… do ………………………… |
| **Czy dokonano wstępnych ustaleń z uczelnią przyjmującą?** | TAK  NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy część mobilności odbywać się będzie w formie on-line?** | TAK  NIE |
| **Czy uczestniczył/a Pan/i wcześniej w mobilności w ramach Programu Erasmus+?** | TAK  NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| Czy działanie dydaktyczne łączone będzie z działaniem szkoleniowym podczas jednego okresu mobilności? | TAK (Jakie to działanie szkoleniowe?) ……………………………………………………. ……………………………………………………. …………………………………………………….  NIE |
| Oświadczam, że znam język obcy w stopniu umożliwiającym prowadzenie zajęć w uczelni przyjmującej. | TAK  NIE |
| W momencie składania niniejszego wniosku posiadam udokumentowany stopień niepełnosprawności. | TAK  NIE |
| W przypadku zakwalifikowania do wyjazdu, zobowiązuję się do wykupienia obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego na czas podróży i pobytu w instytucji przyjmującej. | TAK  NIE |

Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Regulaminem Wyjazdów w ramach Programu Erasmus+” i zobowiązuję się do przestrzegania jego zasad.

**Data i podpis Wnioskodawcy**

**Data i podpis bezpośredniego przełożonego**

**Data i podpis Prorektora / Kanclerza**

**Załączniki do formularza aplikacyjnego:**

1. Projekt Porozumienia
2. Inne ……………………………………………………………………………………………………