

Ul. Mikołowska 72 (Nowa Hala), 40-065 Katowice, Biuro Erasmus+, Tel. (+48) 32 207 5234

**PROGRAM ERASMUS+**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY- PRAKTYKI**

**Data zgłoszenia .........................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część 1 – wypełnia student/doktorant** | | | | | | | |
| **Imię/ Imiona** |  | | | | | | Fotografia  (wklejona online lub dołączona) |
| **Nazwisko** |  | | | | | |
| **Data urodzenia** |  | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | | |
| **Adres mailowy** |  | | | | | |
| **Adres stałego zamieszkania/ korespondencyjny** |  | | | | | | |
| **Wydział/Kierunek/Stopień/Rok studiów** *(rok:I,II,III,IV,V)* |  | | | | | | **Nr albumu:** |
| ***Średnią ocen oraz informacje dotyczące warunków i IPPS wpisuje i potwierdza upoważniony pracownik Dziekanatu:*** | | | | | | | |
| **Dotychczasowy przebieg studiów** **– średnia ocen** | Poprzedni rok studiów:  ……………….. | | | | | | Ostatni semestr:  ………………….. |
| **Czy warunek/IPPS** | WARUNEK: TAK/NIE | | | | | | IPPS: TAK/NIE |
| **….……..……………………………………..**  ***podpis i pieczęć*** | | | | | | | |
| **Znajomość języków obcych** (deklaracja wnioskującego) | | | | | | | |
| **JĘZYK OBCY** | **POZIOM** | | | | | | **CERTYFIKAT**  (tak/nie) |
| C2 | C1 | B2 | B1 | A2 | A1 |  |
| *Angielski* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Niemiecki* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Francuski* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Włoski* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Hiszpański* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Inne:* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce odbywania praktyki** *(nazwa organizacji, instytucji, uczelni lub przedsiębiorstwa)* |  | | | | | | |
| **Kraj odbywania praktyki** |  | | | | | | |
| **Termin odbywania praktyki** |  | | | | | | |
| **Dotychczasowy udział w programie Erasmus na tym samym etapie studiów** *(rodzaj wyjazdu, termin)* |  | | | | | | |
| **Dane osoby bliskiej przebywającej w Polsce, z którą należy kontaktować się w razie konieczności:** | Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………  Adres: …………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………  Tel. Komórkowy: ………………………………….. | | | | | | |

**Uwaga: Osoby, które wykorzystały w ramach programu ERASMUS+ ponad 12m-cy w jednym cyklu studiów, nie mogą starać się ponownie o taki wyjazd, nawet bez stypendium!**

|  |
| --- |
| **Prosimy krótko uzasadnić, dlaczego Pani/Pan chciałaby/chciałby odbyć praktyki za granicą?**  ............................................................................................................................................................... ............................................................................................................................................................... ............................................................................................................................................................... ............................................................................................................................................................... ............................................................................................................................................................... ............................................................................................................................................................... |
| ***Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademię Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji do programu Erasmus+ oraz realizacji wyjazdów, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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.***    *…………………………………..*  *(podpis, data)* |
| **Część 2 – Uzupełnia pracownik Biura Erasmus** |
| **Opinia Koordynatora Wydziałowego Erasmus+** (w przypadku praktyk obowiązkowych)  Pozytywna □ Negatywna □  Uwagi…………………………………………………………………………………………………  ………..………………..  (podpis i data) |
| **Doktoranci - opinia Kierownika studiów doktoranckich/Szkoły doktorskiej** (jeśli dotyczy)  Pozytywna □ Negatywna □  Uwagi…………………………………………………………………………………………………  ………..………………..  (podpis i data) |
| **Opinia Uczelnianego Koordynatora Programu Erasmus+**  Pozytywna □ Negatywna □  Uwagi…………………………………………………………………………………………………  ………..………………..  (podpis i data) |