|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| erasmus_red | WNIOSEK WYJAZDU ZA GRANICĘW CELU PROWADZENIA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH  PROGRAM ERASMUS+ MOBILNOŚĆ EDUKACYJNA W SEKTORZE SZKOLNICTWA WYŻSZEGO Z KRAJAMI PROGRAMU**ROK AKADEMICKI 2019/20** | http://up.lublin.pl/files/promocja/SIW/up_logo-eng-poziom.png |

**Należy WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA, jeżeli nie dotyczy, wpisać NIE DOTYCZY, tekst na czerwono - usunąć**

|  |
| --- |
| **DANE ZAWODOWE** |
| Nazwisko |  |
| Imię/ Imiona |  |
| Stopień naukowy/ Tytuł naukowy |       |
| Stanowisko |       |
| Doświadczenie dydaktyczne nauczyciela akademickiego | [ ]  do 10 lat (JUNIOR) [ ]  10-20 lat (INTERMEDIATE)[ ]  powyżej 20 lat (SENIOR) |
| Wydział |       |
| Instytut (jeżeli dotyczy) |  |
| Katedra (jeżeli dotyczy) |       |
| Zakład (jeżeli dotyczy) |       |
| Adres miejsca pracy: |       |
| Tel. służbowy (+ nr kierunkowy) |  81 -   |
| E-Mail |  |
| **DANE OSOBOWE** |
| PESEL  |       |
| Seria i numer dowodu osobistego |       |
| Wydany przez |       |
| Adres zamieszkania (kod pocztowy i miasto, ulica i nr domu/mieszkania): |       |
| Telefon komórkowy | +48        |
| Nazwa banku | *dane banku należy wpisać tylko jeśli realizowany będzie przelew na konto* |
| Numer SWIFT banku |  |
| IBAN i Numer konta (najlepiej walutowe) |  |
| **DANE DOTYCZĄCE WYJAZDU** |
| Kod Erasmusa uczelni partnerskiej |  |
| Uczelnia partnerska |       |
| Wydział |       |
| Jednostka uczelni partnerskiej |       |
| Kraj wyjazdu |  |
| Przewidywany termin wyjazdu (dd-mm-rrrr)Uwaga: minimum 5 dni roboczych pobytu **+uwzględnić dodatkowo 1-2 dni na podróż** | od     /     /       do     /     /      *od roku akad. 2019-20 wsparcie indywidualne finansowane jest na 7 dni (5dni roboczych + 1-2 dni podróży) + ryczałt na podróż* |
| Rodzaj zajęć prowadzonych w uczelni partnerskiej **(min 8 godz. zajęć/tydzień)****Zgodnie z Indywidualnym Programem Nauczania** | [ ]  wykład, [ ]  ćwiczenia, [ ]  seminarium [ ]  inne (wpisuje samodzielnie):       |
| Język, w którym będą prowadzone zajęcia |       |
| Czy kandydat korzystał już z wyjazdów Erasmusa w celu prowadzenia zajęć dydaktycznych? | **TAK** **[ ]  NIE** **[ ]**  |
| Ile razy (w ciągu 3 ostatnich lat)? |        |
| Jaka uczelnia |        |

[ ]  Oświadczam, że zgadzam się na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów organizacyjnych i

 statystycznych.

**[ ]** Jestem świadomy/a, że stypendium programu Erasmus+ ma charakter dofinansowania i nie musi pokrywać

 pełnych kosztów podróży i pobytu w uczelni zagranicznej.

[ ]  Oświadczam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości konieczność ubezpieczenia się w zakresie zapewniającym koszty leczenia i następstwa nieszczęśliwych wypadków na czas podróży i pobytu w uczelni partnerskiej podczas wyjazdu służbowego – wyjazd w celach szkoleniowych STA, w ramach programu Erasmus+.W związku z powyższym zobowiązuję się wykupić odpowiednią polisę ubezpieczeniową

**Do Formularza należy dołączyć:**

 **- Indywidualny program nauczania wg wzoru** **z podpisami obu stron** (list, kolorowy skan) oraz

 - **Oświadczenie o znajomości języka obcego**

Komplet dokumentów należy złożyć w Dziale Promocji Uczelni i Wymiany Międzynarodowej, DPUiWM (p. 309, III p. budynek Biblioteki Głównej UP w Lublinie) zgodnie z **Harmonogramem działań** do dnia **15 PAŹDZIERNIKA 2019 (pierwszy nabór) albo DO KOŃCA MARCA 2020 (drugi nabór)**

 Lublin, dnia ……………………  …………………………………..

 *Podpis Pracownika*

*Opinia Kierownika Katedry/ Instytutu/ Zakładu/ Działu*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….

 *(podpis i pieczątka)*

*Decyzja Dziekana (nie dotyczy pracowników administracji):*

*………………………………………………………………………………………………*……………………………

*……………………………………………………………………………………………………………………….…..*

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………..

*podpis i pieczątka Dziekana*

***Wypełnia Koordynator uczelniany Programu Erasmus+:***

Pracownik uczestniczy w **wyjeździe STA** po raz pierwszy: TAK [ ]  NIE [ ]

Uczelnia partnerska uczestniczy w wymianie po raz pierwszy: TAK [ ]  NIE [ ]

Wysokośćgrantu przysługująca w roku akademickim 20**………..**/20**………..**

Grupa **………../ ………..** € / dzień Kraj wyjazdu - Miasto ……………………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ - 100 % kwoty ryczałtu na koszty podróży

\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ - 100 % kwoty wsparcia indywidualnego ( pełnych dni roboczych plus … dni na podróż)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_**€ razem**

 ………………………………………

 *Koordynator Uczelniany Programu Erasmus+*

 *(podpis i pieczątka imienna)*

***Decyzja władz:***

zaakceptowany(na) lista główna [ ]  lista rezerwowa [ ]

**nie** zaakceptowany(na) [ ]

*………………………………………………..*

***Prorektor ds. Organizacji i Rozwoju Uczelni***

***( podpis i pieczątka imienna)***