|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| erasmus_red | WNIOSEK WYJAZDU ZA GRANICĘW CELU PROWADZENIA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCHPROGRAM 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)***