****

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**WYJAZDY PRACOWNIKÓW – SZKOLENIA**

**ROK AKADEMICKI 20…./…..**

Imię i nazwisko:.......................................................................

PESEL lub numer dokumentu tożsamości i jego rodzaj………………………………

Wydział PWSFTviT/ Jednostka....................................................................................................

Dane kontaktowe: nr tel.:.................................. nr tel. kom.....................................

e-mail:..............................................

staż pracy ........................................

liczba odbytych wyjazdów (Erasmus LLP, Erasmus+): ...............................

w roku akademickim: ......................................

**ZGŁOSZENIE NA WYJAZD W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+ do:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instytucja przyjmująca................................................... | Kraj, miasto................................. | Planowany termin realizacji wyjazdu................................ | Język w jakim będzie się odbywało szkolenie................................. |

Osoby o specjalnych potrzebach (uczestnicy posiadający orzeczenie o niepełnosprawności), których indywidualna sytuacja sprawia, iż udział ich w programie byłby niemożliwy bez dodatkowego wsparcia finansowego mogą starać się o nie starać.

|  |
| --- |
| Czy należy Pan/Pani do grupy osób o specjalnych potrzebach? ..........................................................Jeśli tak, jaki rodzaj wsparcia uważa Pan/Pani za niezbędne w celu realizacji szkolenia? ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Należy w szczegółowy sposób określić potrzeby wynikające z niepełnosprawności, inne niż standardowe koszty związane z podróżą i utrzymaniem podczas pobytu za granicą. Każdy dodatkowy koszt będzie wymagał szczegółowego uzasadnienia. Nie można przewidywać kosztów ponoszonych poza okresem pobytu zagranicą. Wyjątkiem są koszty specjalnego transportu (jeśli dotyczy) oraz koszty specjalnego ubezpieczenie (jeśli dotyczy), które będzie można wykupić u krajowych dostawców usług przed wyjazdem. |

Data *:............................................. .............................................................*

*(podpis pracownika)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH**

Oświadczam, że wykazuję się znajomością języka ………………………….. na poziomie wymaganym przez instytucję przyjmującą celu odbycia szkolenia.

Data *:............................................... .............................................................*

*(podpis pracownika)*

**ZGODA PRZEŁOŻONEGO**

*Wyrażam zgodę na odbycie wyjazdu Pana /Pani\* …………………………………………… w celu odbycia szkolenia w instytucji zagranicznej w ramach Programu Erasmus+.*

Data *:............................................... .............................................................*

 *(czytelny podpis przełożonego)*

*\* niepotrzebne skreślić*

**Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią uczelnianego regulaminu programu Erasmus 2016/17: Zasady kwalifikacji – mobilność kadry w celu udziału w szkoleniach i Zasady realizacji – mobilność kadry w celu udziału w szkoleniach i akceptuję warunki uczestnictwa.**

*data :.............................................. .................................................................*

*podpis pracownika*

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji i uczestnictwa w programie Erasmus. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych kontaktowych innym uczestnikom programu Erasmus (studentom, pedagogom lub pracownikom administracji) biorącym udział w programie Erasmus z ramienia PWSFTviT w Łodzi.**

*data :............................................. .................................................................*

*podpis pracownika*