**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**WYJAZDY KADRY – PROWADZENIE ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

**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:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Uczelnia zagraniczna  ................................................... | Kraj, miasto  ................................. | Planowany termin realizacji wyjazdu  ................................ | Język w jakim będą prowadzone zajęcia  ................................. |

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

**ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH**

Oświadczam, że wykazuję się znajomością języka ………………………….. na poziomie wymaganym przez uczelnie partnerską celu prowadzenia zajęć.

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

*(podpis wykładowcy)*

**ZGODA DZIEKANA**

*Wyrażam zgodę na odbycie wyjazdu Pana /Pani\* …………………………………………… w celu przeprowadzenia zajęć w uczelni zagranicznej w ramach Programu Erasmus+.*

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

*(czytelny podpis dziekana)*

*\* niepotrzebne skreślić*

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

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

*podpis wykładowcy*

**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 wykładowcy*