**Załącznik nr 2 do Zasad realizacji wyjazdów pracowników w ramach Erasmus+**

**FORMULARZ APLIKACYJNY NA WYJAZD ZA GRANICĘ PRACOWNIKA W CELU ODBYCIA SZKOLENIA W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** | **Stanowisko:** |
| **Jednostka/ Wydział:** |
| **Obywatelstwo:** |
| **Adres stałego zamieszkania:** |
| **Telefon:** | **E-mail:** |
| **Nazwa zagranicznej uczelni/ instytucji przyjmującej:** |
| **Planowany okres pobytu w uczelni przyjmującej (liczba dni bez podróży):** |
| **Jaki jest oczekiwany wpływ wyjazdu do zagranicznej uczelni przyjmującej na Pana(i) rozwój zawodowy?** |
| **Czy brał(a) Pan(i) wcześniej udział w wymianie w ramach programu Erasmus+ lub LLP-Erasmus?** **TAK/ NIE (zaznaczyć właściwe)****Jeśli tak, proszę podać ile razy:…………………..** |
| **Czy brał(a) Pan(i) udział w wymianie w ramach programu Erasmus+ w poprzednim roku akademickim?****TAK/ NIE (zaznaczyć właściwe)**  |
| **Czy działa Pan(i) na rzecz umiędzynarodowienia Uczelni, np. obsługa, studentów zagranicznych, inicjowanie umów międzynarodowych, itp? TAK/ NIE (zaznaczyć właściwe)****Jeśli tak, to w jaki sposób:** |
| **Czy jest Pan(i) zaangażowany(a) w sprawy związane z wymianą międzynarodową w Uczelni w ramach programu Erasmus+, w tym w funkcjonowanie programu lub obsługę studentów czy też pracowników zagranicznych przyjeżdżających do PŚk itp.?** **Jeśli tak, to w jaki sposób:** |
| *Oświadczam, że znam język obcy, w którym będzie prowadzone szkolenie w zagranicznej uczelni/ instytucji przyjmującej, w stopniu pozwalającym na zrozumienie. W załączeniu przedkładam Indywidualny Program Szkolenia (tzw. Staff Mobility for Training Agreement).* *Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są prawdziwe i kompletne. Zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w okresie realizacji procesu rekrutacji. W przypadku wyjazdu na podstawie pozytywnej decyzji instytucji, do której aplikuję w związku z odbyciem szkolenia wyrażam zgodę na przetwarzanie danych w celu prowadzenia procesu obsługi administracyjnej i  finansowej przez okres mojego pobytu oraz do momentu rozliczenia całego procesu wymiany.* *Administratorem danych osobowych jest Politechnika Świętokrzyska reprezentowana przez Rektora. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.* |
|  | **……………………………………………………….****Data i podpis kandydata** **ubiegającego się o wyjazd STT** |
| **…………………………………………………………….****Data i podpis bezpośredniego przełożonego**  | **…………………………………………………………….****Data i podpis Dziekana\*(jeśli dotyczy)** |