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

**FORMULARZ APLIKACYJNY NA WYJAZD ZA GRANICĘ PRACOWNIKA W CELU SZKOLENIOWYM W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+ (STT)**

**DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE!**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gr. pracownicza:** | | **Administracja** | |  |
| **Nauczyciele akademiccy** | |  |
| **Imię i nazwisko:** | **Data urodzenia:** Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. | | | | |
| **Stanowisko:**  **Stopień naukowy (***jeśli dotyczy)***:** | **Jednostka organizacyjna/Pion/Wydział:** | | | | |
| **Obywatelstwo:** | **Zatrudnienie w PŚk od roku:** | | | | |
| **Adres stałego zamieszkania:** | | | | | |
| **Telefon:** | **E-mail:** | | | | |
| **Nazwa zagranicznej uczelni/ instytucji przyjmującej:** | | | | | |
| **Planowana data pobytu w uczelni/ instytucji przyjmującej (**Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. **) :** | | | | | |
| Cele wyjazdu: (można zaznaczyć kilka):  Udział w szkoleniu/warsztatach, kursie specjalistycznym, temat:………………………………………………………………  Udział w szkoleniu: Staff Training Week, temat: ……………………………………………………  Udział w mieszanym programie intensywnym, temat: ………………………………………………. | | | | | |
| **KRYTERIA KWALIFIKACYJNE** (uzupełnia kandydat ubiegający się o wyjazd) | | | | Wypełnia Koordynator/ członek Komisji Kwalifikacyjnej/ Punkty \*(zaznaczyć lub uzupełnić odpowiednio): | |
| 1. Czy brał(a) Pan(i) wcześniej udział w wymianie w ramach Erasmus+? *(zaznaczyć właściwe)* | | TAK  NIE | | Kwalifikacja automatyczna\* *dot. tylko nauczycieli akademickich*  TAK/ NIE | |
| Punkty\* (*dot. pracowników administracyjnych*):  TAK – 0 pkt  NIE – 2 pkt. | |
| 2. Jeśli tak, proszę wskazać ile razy w okresie od roku akad. 2020/21: | | 0-2  3-4 razy  5-6  pow. 6 | | 3 pkt. | |
| 2 pkt. | |
| 1 pkt. | |
| 0 pkt. | |
| 3. Czy ubiegał się Pan(i) o wyjazd szkoleniowy w ciągu 2 ostatnich lat akademickich?\* (*dotyczy tylko pracowników administracji)* | | TAK | | Wniosek odrzucony | |
| NIE | | Wniosek procedowany | |
| 4. Staż pracy w PŚk *(zaznaczyć właściwe*): | | J – junior (mniej niż 10 lat)  I – intermediate (od 10 do 20 lat)  S – senior (pow. 20 lat) | | 2 pkt. | |
| 1 pkt. | |
| 0 pkt | |
| 5. Prowadzenie zajęć dla studentów przyjeżdżających w ramach Erasmus+ w poprzednim roku akademickim (2023/24) wskazać wydział, kod i nazwę przedmiotu (nie więcej niż 3) \* (*dot. nauczycieli akademickich*) | | Wydział: | | 0-3 pkt  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nazwa przedmiotu: | |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 6. Rezultaty 2 ostatnich wyjazdów Erasmus+ , miejsce, okres pobytu: …………………………………………………………………………………………………………………..  1. Zainicjowana współpraca międzyuczelniana - podpisana nowa umowa (podać bliższe szczegóły): ………………………………………………………………………………………………………………….  2. Zainicjowanie wspólnych projektów dydaktycznych, itp.: (wskazać, wymienić konkretnie): …………………………………………………………………………………………………………………  3. Organizacja BIP, warsztatów, kursów we współpracy z uczelniami partnerskimi: ………………………………………………………………………………………………………… | | | | 0-3 pkt.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 7. Zaangażowanie w obsługę programu Erasmus+, potwierdzone w zakresie obowiązków \* *dot. tylko pracowników administracji*: (wymienić konkretne zadania)  ……………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………….. | | | | 0-2 pkt)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Punkty łącznie: | | | |  | |
| ***Oświadczam, że znam język obcy, w którym będzie prowadzone szkolenie w zagranicznej jednostce przyjmującej na poziomie min. B2***  *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 na prowadzenie zajęć 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.*  *W załączeniu przedkładam Indywidualny Program Szkolenia (tzw. Staff Mobility for Training Agreement).* | | | | | |
| ……………………………………………………….  Data i podpis kandydata ubiegającego się o wyjazd STT | | | | | |

Akceptuję uczestnictwo pracownika w procedurze aplikacyjnej na wyjazd w celu szkoleniowym w ramach programu Erasmus+ i potwierdzam informacje w zakresie kryteriów kwalifikacyjnych pkt. 4-8

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………..  Data i podpis bezpośredniego przełożonego | ……………………………………………….  Data i podpis Dziekana/ Dyrektora/Kanclerza/Prorektora |

|  |
| --- |
| Przyjęto komplet dokumentów aplikacyjnych  ………………………………………………..  Data i podpis Koordynatora Wydziałowego |

|  |
| --- |
| Decyzja Komisji Kwalifikacyjnej: |
| Kwalifikacja TAK  NIE  Data: |
| Podpis osoby upoważnionej: |