*Załącznik nr 1 do Zasad realizacji wyjazdów pracowników w ramach Erasmus+*

**FORMULARZ APLIKACYJNY NA WYJAZD ZA GRANICĘ NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO W CELU PROWADZENIA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+ (STA)**

***DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE!***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** | **Data urodzenia:** Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. |
| **Stanowisko:** **Stopień naukowy:** | **Wydział:****Katedra:** |
| **Obywatelstwo:** | **Zatrudnienie w PŚk od roku:** |
| **Adres stałego zamieszkania:** |
| **Telefon:** | **E-mail:** |
| **Nazwa zagranicznej uczelni przyjmującej:** |
| **Planowana data pobytu w uczelni przyjmującej (**Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. **) :**  |
| Dziedzina akademicka (zgodnie z klasyfikacją ISCED): |
| Cele wyjazdu: (można zaznaczyć kilka): [ ]  Prowadzenie wykładów [ ]  Prowadzenie seminarium/warsztatów [ ]  Udział w mieszanym programie intensywnym – prowadzenie kursów |
| **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 TAK/ NIE |
| 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. Staż pracy w PŚk *(zaznaczyć właściwe*): | [ ]  J – junior (mniej niż 10 lat) [ ]  I – intermediate (od 10 do 20 lat) [ ]  S – senior (powyżej 20 lat)  | 2 pkt. |
| 1 pkt. |
| 0 pkt |
| 4. Prowadzenie zajęć dla studentów przyjeżdżających w ramach Erasmus+ w poprzednim roku akademickim (2023/24) wskazać wydział, kod, nazwę przedmiotu (nie więcej niż 3) | Wydział: | 0-3 pkt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nazwa przedmiotu, kod: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 5. Rezultaty 2 ostatnich wyjazdów Erasmus+ , miejsce, okres pobytu: …………………………………………………………………………………………………………………..) ……………………………………………………………………………………………………………….Wymienić działania:1. Zainicjowana współpraca miedzyuczelniana - podpisana nowej 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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Punkty łącznie: |  |
| ***Oświadczam, że znam język obcy, w którym będą prowadzone zajęcia dydaktyczne w zagranicznej uczelni przyjmującej, w stopniu pozwalającym na ich prowadzenie (nie niższym niż 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 Nauczania (tzw. Staff Mobility for Teaching Agreement).* |
| ……………………………………………………….Data i podpis kandydataubiegającego się o wyjazd STA |

Akceptuję uczestnictwo pracownika w procedurze aplikacyjnej na wyjazd w celu dydaktycznym w ramach programu Erasmus+ i potwierdzam informacje w zakresie kryteriów kwalifikacyjnych pkt. 3-5

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………..Data i podpis bezpośredniego przełożonego | ……………………………………………….Data i podpis Dziekana |

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

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