*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 kandydata  ubiegającego 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: |