****

**Formularz kandydata do udziału w**

zdjęcie

**Praktykach zagranicznych na**

**Uniwersytecie w Pawii.**

**Program Erasmus +**

**Rok akademicki 2019/2020**

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA NA KOMPUTERZE

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Adres zameldowania** |  |
| **PESEL / nr dowodu osobistego** |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **E-mail: uczelniany** |  |
| **E-mail: prywatny** |  |
| **Wydział /Kierunek studiów/nr albumu** |  |
| **Rok studiów (w momencie rekrutacji)** |  |
| **\*Proszę podać nr telefonu komórkowego do dwóch osób z rodziny, z którymi Dział Współpracy Zagranicznej będzie mógł się skontaktować w razie potrzeby.** | ………………………………………………………………………………………………..**Imię/Nazwisko** (stopień pokrewieństwa)**Nr tel. Kom**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**Imię/Nazwisko** (stopień pokrewieństwa)**Nr tel. Kom**…………………………………………………………………………….. |
| **średnia ocen** z ostatniego ukończonego roku studiów poprzedzającego rok akademicki 2019/2020, w którym odbywa się rekrutacja nie niższa niż 3,25 ( max. 5 pkt. ). W zakresie obliczania średniej arytmetycznej oceny rocznej obowiązują zasady zawarte w § 27 uchwały nr. 312/2019 obowiązującego Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: ”Średnią ocen za semestr lub rok studiów oblicza się jako średnią arytmetyczną ocen semestralnych ( ocen końcowych) w tym ocen niedostatecznych, uzyskanych we wszystkich terminach zaliczeń i egzaminów z przedmiotów wskazanych w programie studiów dla danego cyklu kształcenia z zastrzeżeniem ust. 5 i 6” ust. 5 „Obliczając średnią ocen (…) uwzględnia się: 1) w przypadku zaliczenia lub egzaminu komisyjnego - ocenę z zaliczenia lub egzaminu komisyjnego, wpisaną do ESOS w miejsce oceny z zaliczenia lub egzaminu zakwestionowanego (…); 2) w przypadku poprawianej oceny pozytywnej - ocenę uzyskaną w drugim terminie egzaminu, wpisaną do ESOS w miejsce oceny poprawianej (…)”.W przypadku gdy nie można obliczyć średniej za rok 2018/2019 uwzględniana będzie średnia za rok akademicki 2017/2018.Dla studentów studiów III stopnia średnią jest ocena z dyplomu studiów II stopnia lub jednolitych studiów magisterskich. | (wypełnia dziekanat)…………………………… ……………………………………………………(podpis pracownika dziekanatu i pieczęć dziekanatu)  |
| **Poziom znajomości języka obcego, w którym Pan/Pani zamierza odbyć praktykę:** Ocenę z egzaminu językowego wpisuje pracownik Działu Współpracy Zagranicznej na podstawie protokołu z egzaminu językowego dostarczonego przez Centrum Nauczania Języków Obcych UM**Ocenę na podstawie przedstawionego oryginału certyfikatu/ów wpisuje lektor lub kierownik Centrum Nauczania Języków Obcych UM****(proszę dołączyć kopię certyfikatu do formularza)** | \*Studenci, którzy mają zdany egzamin językowy w latach poprzednich – proszę podać rok akademicki zdanego egzaminu: ……………………………………………………………….**⬜ angielski** **⬜ włoski** **…………………………………………………..** ocena – proszę określić , czy jest to ocena z certyfikatu/lektoratu/egzaminu językowego**……………………………………………………………..**(Podpis i pieczęć pracownika działu współpracy zagranicznej lub w przypadku certyfikatu lektora/kierownika CNJO) |
|

|  |
| --- |
| **Działanie na rzecz studentów przyjeżdzających z Uczelni Partnerskich :*** 1 punkt przyznawany w oparciu a wypełniony i zaakceptowany przez Koordynatora Administracyjnego Erasmusa wniosek

…………………………………………………………………… (podpis i pieczęć przez Koordynatora Administracyjnego Erasmusa) |

**Czy brał/a Pan/Pani udział w programie Erasmus?**Nie ⬜ (1punkt) Tak, wyjazd stypendialny na studia ⬜ Tak, wyjazd stypendialny na praktykę ⬜**Jeżeli tak prosimy o podanie wszystkich zrealizowanych mobilności:** **miejsca odbywania mobilności:** np. Klinikum Augsburg.............................................................................................................................................................**czasu trwania mobilności** : np. 2 **miesiące** **.....................................................................................................................................................****w okresie od:**  DD.MM.RRRR do: DD.MM.RRRR**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….****podać rok akademicki mobilności**: np. 2018/2019 |
| **Dane instytucji, w której będzie realizowana praktyka:****UNIWERSYTET W PAWII****Universita degli studi di Pavia****Adres:** Włochy**,** Corso Str. Nuova, 65, 27100 Pavia PV**Strona internetowa:** <http://www.unipv.eu/site/en/home.html>**Kod Erasmusa:** I PAVIA01

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szpital uniwersytecki** | **Oddział** | **Plan praktyki** |
| HOSPITAL FONDAZIONEPOLICLINICO | Chirurgia Ogólna Ginekologia | □ 1 miesiąc na Chirurgii Ogólnej oraz 1 miesiąc na Ginekologii |
| PediatriaIntensywna Terapia | □ 1 miesiąc na Pediatrii oraz 1 miesiąc na Intensywnej Terapii |
| HOSPITAL FONDAZIONEMAUGERI | NefrologiaEndokrynologia | □ 1 miesiąc na Nefrologii oraz 1 miesiąc na Endokrynologii |

**Wybrana Placówka i zakres praktyki:\*****\***proszę wybrać 1 opcję**Termin odbywania praktyki: od**………………… **do** ……………… **Język wymagany przez instytucję przyjmującą, w którym będzie odbywana praktyka:** ……………………… |
| **Okres pobytu:** 2 miesiące ⬜ inny ⬜ |
| **Czy w roku akademickim, w którym odbywa się rekrutacja tj. 2019/2020 otrzymuje Pan/Pani stypendium socjalne?** TAK ⬜ NIE ⬜ |
| **Czy jest Pan/ Pani osobą niepełnosprawną?** TAK ⬜ NIE ⬜ |
|    miejsce, data:……………… podpis:………………………………………………………….. |
| Wyrażam zgodę na: ⬜ przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).\*⬜ udostępnianie mojego uczelnianego adresu e-mail przyszłym studentom, którzy będą chcieli ODBYĆ PRAKTYKĘ zagraniczną w ramach programu Erasmus + w czasie trwania moich studiów.⬜ udostępnianie mojego prywatnego adresu e-mail przyszłym studentom, którzy będą chcieli ODBYĆ PRAKTYKĘ zagraniczną w ramach programu Erasmus + w czasie w czasie do dwóch lat od zakończenia moich studiów⬜ przetwarzanie danych osobowych w zbiorczych bazach danych dla potrzeb Uniwersytetu Medycznego w Łodzi \* ......................................................... ........................................................ miejsce, data podpis\**obowiązkowe* |
| **W przypadku studentów ostatniego roku studiów:** Data ukończenia studiów:…………………………….... |
| **W przypadku studentów ostatniego roku studiów:** Opinia Dziekana lub Prodziekana ds. Dydaktyki właściwego WydziałuWyrażam zgodę na wyjazd Pana/Pani………………………………………………………….....na praktykę w ramach programu Erasmus+ w terminie………………………………………data……………………… podpis i pieczątka Dziekana/Prodziekana ………………………… |
| **W przypadku studentów studiów doktoranckich:****Opinia Dziekana lub Prodziekana ds. Dydaktyki właściwego Wydziału**Wyrażam zgodę na wyjazd Pana/Pani…………………………………………………………….na praktykę w ramach programu Erasmus+ w terminie………………………………………data……………………… podpis i pieczątka Dziekana/Prodziekana ……………………….**Opinia Promotora**Wyrażam zgodę na wyjazd Pana/Pani…………………………………………………………….na praktykę w ramach programu Erasmus+ w terminie………………………………………data……………………… podpis i pieczątka Dziekana/Prodziekana ………………………….**Sekretariat Studium Doktoranckiego**Zaświadczam, że w dniu…………………………….. student ………………………………………………………… posiada status studenta studiów doktoranckich. O zmianie statusu zostanie poinformowany Dział Współpracy Zagranicznej – osoby odpowiedzialne za mobilność studentów – w terminie 14 dni. data……………………… podpis i pieczątka pracownika sekretariatu……………………………… |

**Decyzja o zakwalifikowaniu na praktykę zagraniczną w roku akademickim 2019/2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zakwalifikowany na praktykę do(nazwa instytucji)……………………………………………………………….. | Kraj, miasto…………………………………………… | Okres pobytu:2 miesiące 3 miesiąceInne …….. | Wyjazd z prawem do stypendiumWyjazd bez prawa do stypendium |

Na podstawie protokołu z posiedzenia Komisji Kwalifikacyjnej/decyzji Uczelnianego Koordynatora

Data …………………………….. …………………………………………

 (podpis )

**NALEŻY WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROGRAMIE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oświadczenie o rezygnacji z otrzymanego stypendium w ramach Programu ERASMUS +:**

Oświadczam, że rezygnuję ze stypendium Programu ERASMUS + z powodu:

………………………………………………………….……………………………….……..............................................................

………………………………………………………….……………………………….……..............................................................

………………………………………………………….……………………………….……..............................................................

………………………………………………………….……………………………….……..............................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Data …………………………….. …………………………………………

 (podpis studenta)