**Formularz kandydata do udziału w wymianie studentów. Program Erasmus + KA103. Rok akademicki 2021/2022. Wyjazdy na studia.**

**PROSIMY WYPEŁNIĆ NA KOMPUTERZE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko | |  | | | **WKLEJ ZDJĘCIE** | | |
| Data i miejsce urodzenia | |  | | |
| Adres zameldowania:  - ulica, nr, nr mieszkania  - miejscowość  - kod pocztowy | |  | | |
| PESEL | |  | | |
| Numer dowodu osobistego | |  | | |
| Telefon | |  | | | | | |
| Adres do korespondencji | |  | | | | | |
| E-mail akademicki | |  | | | | | |
| Wydział  Kierunek studiów  Numer albumu | |  | | | | | |
| Rok studiów (w momencie rekrutacji) | |  | | | | | |
| **Średnia ocen** z ostatniego ukończonego roku studiów poprzedzającego rok akademicki 2020/2021, w którym odbywa się rekrutacja nie, niższa niż 3,25 ( max. 5 pkt. ). ). W zakresie obliczania średniej arytmetycznej oceny rocznej obowiązują zasady zawarte w § 28 ust. 3 obowiązującego Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: ”Średnią ocen z danego semestru, oblicza się jako średnią arytmetyczną ocen semestralnych ( ocen końcowych) w tym ocen niedostatecznych, uzyskanych we wszystkich terminach zaliczeń i egzaminów z przedmiotów wskazanych przez Dziekana (…) z zastrzeżeniem ust. 5 i 6” ust. 5 „Obliczając średnią ocen (…) uwzględnia się: 1) (…) 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 2019/2020 uwzględniana będzie średnia za rok akademicki 2018/2019.  Dla studentów studiów III stopnia średnią jest ocena z dyplomu studiów II stopnia lub jednolitych studiów magisterskich. | | | | **WYPEŁNIA DZIEKANAT**  **…………………………………**  **(ŚREDNIA OCEN)**  **…………………………………..**  **(PODPIS I PIECZĘĆ PRACOWNIKA DZIEKANATU)** | | | |
| **Poziom znajomości języka obcego, w którym Pan/Pani zamierza odbyć studia:**  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** | | | * **ANGIELSKI** * **FRANCUSKI** * **HISZPAŃSKI** * **NIEMIECKI** * **WŁOSKI** * **NIDERLANDZKI** | | | **…………………………….**  **(OCENA )** | |
| **……………………………………………………………………..**  (PODPIS I PIECZĘĆ PRACOWNIKA DZIAŁU WSPÓŁPRACY ZAGRANICZNEJ LUB W PRZYPADKU CERTYFIKATU LEKTORA/KIEROWNIKA CNJO) | | | | |
| **OSIĄGNIĘCIA NAUKOWE STUDENTA**  **Publikacje:**  - w recenzowanych czasopismach z listy filadelfijskiej z IF – …………………… (wpisz liczbę)  0,5pkt pierwsza, 0,25 pkt druga, 0,1 pkt kolejne  - w recenzowanych czasopismach zagranicznych – ………………(wpisz liczbę)  0,3 punktu za pierwszą, 0,15 punktu za drugą, 0,1 punktu za kolejne  - w polskich czasopismach z listy MNiSW – …………(wpisz liczbę)  0,2 punktu za pierwszą, 0,1 punktu za kolejne  **WPISZ LICZBĘ I DOŁĄCZ KOPIĘ PUBLIKACJI**  **Prace nagrodzone na sympozjach, kongresach naukowych, konferencjach lub konkursach naukowych:**  - szczebel międzynarodowy – …………………… (wpisz liczbę)  0,5 punktu za pierwszą, 0,25 punktu za drugą, 0,1 punktu za kolejne  - szczebel krajowy – …………………… (wpisz liczbę)  0,3 punktu za pierwszą, 0,15 punktu za drugą, 0,1 punktu za kolejne  - szczebel uczelniany – …………………… (wpisz liczbę)  0,2 punktu za pierwszą, 0,1 punktu kolejne  **WPISZ LICZBĘ I DOŁĄCZ KOPIĘ POTWIERDZENIA NAGRODZONEJ PRACY**  **Czynny udział w kongresach i sympozjach naukowych :**  - konferencje międzynarodowe – …………………… (wpisz liczbę)  0,5 punktu za pierwszą, 0,25 punktu za drugą, 0,1 punktu za następne  - konferencje krajowe – …………………… (wpisz liczbę)  0,3 punktu za pierwszą, 0,15 punktu za drugą, 0,1 punktu za następne  - konferencje uczelniane – …………………… (wpisz liczbę)  0,2 punktu za pierwszą, 0,1 punktu za następne  **WPISZ LICZBĘ I DOŁĄCZ KOPIĘ POTWIERDZENIA UDZIAŁU W KONFERENCJI/SYMPOZJUM** | | | | | | | |
| **Aktywna działalność w kołach naukowych UM** (potwierdzona przez Opiekuna Koła)   * minimum 1 rok – 0,5 punktu   …………………………………  (podpis i pieczęć opiekuna koła naukowego) | | **Działalność w chórze UM** (potwierdza Prezes Chóru – Katarzyna Starosta)   * minimum 1 rok – 0,5 punktu   …………………………………  (podpis i pieczęć) | | | | | |
| **Działalność w AZS-ie UM** (potwierdza Pani KATARZYNA ROŻNIATA, KOORDYNATOR AZS-U)   * minimum 1 rok – 0,5 punktu   …………………………………  (podpis i pieczęć ) | | **Działanie na rzecz studentów przyjeżdżających z Uczelni Partnerskich :**   * 0,5 punktu przyznawane w oparciu o wniosek (dostępny w zakładce Dokumenty do pobrania) zaakceptowany przez Koordynatora Administracyjnego Erasmusa * 1 punkt przyznawany w oparciu o wniosek (dostępny w zakładce Dokumenty do pobrania) zaakceptowany przez Koordynatora Administracyjnego Erasmusa   …………………………………………………………………..  (podpis i pieczęć Koordynatora Administracyjnego Erasmusa) | | | | | |
| **Czy brał/a Pan/Pani udział w programie Erasmus?**  Nie ⬜ (1punkt) Tak, wyjazd stypendialny na studia ⬜ Tak, wyjazd stypendialny na praktykę ⬜  **Jeśli tak wypełnij poniższe tabele!** | | | | | | | |
| **Mobilność nr 1 Studia** ⬜ **Praktyka** ⬜  **Długość mobilności: …………….miesięcy………..dni**  **Jeżeli tak prosimy o podanie czasu trwania mobilności : od …………………………do………………………..**    (dokładne daty)  **Placówka w której realizowana była mobilność…………………………………………………………………………………**  (nazwa) | | | | | | | |
| **Mobilność nr 2 Studia** ⬜ **Praktyka** ⬜  **Długość mobilności: …………….miesięcy………..dni**  **Jeżeli tak prosimy o podanie czasu trwania mobilności : od …………………………do………………………..**    (dokładne daty)  **Placówka w której realizowana była mobilność…………………………………………………………………………………**  (nazwa) | | | | | | | |
| **Mobilność nr 3 Studia** ⬜ **Praktyka** ⬜  **Długość mobilności: …………….miesięcy………..dni**  **Jeżeli tak prosimy o podanie czasu trwania mobilności : od …………………………do………………………..**    (dokładne daty)  **Placówka w której realizowana była mobilność…………………………………………………………………………………**  (nazwa) | | | | | | | |
| **Uczelnia, w której Pan/Pani zamierza podjąć studia (kolejność wg preferencji )** | | | | | | | |
| **1.** | | **2.** | | | | | |
| **3.** | | **4.** | | | | | |
| **5.** | | | | | | | |
| **Przy wyjazdach semestralnych wymagamy wpisania programu o wartości 30 pkt ECTS, przy wyjazdach rocznych 60 pkt ECTS.**  **BRAK PROGRAMU OZNACZA BRAK KWALIFIKACJI DO DANEJ UCZELNII** | | | | | | | |
| **Program Uczelni Nr. 1** | | | | | | | |
| PRZEDMIOTY DO ZREALIZOWNIA NA UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN | PRZEDMIOTY RÓWNOWAŻNE Z PROGRAMU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI | | | | | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
| **Program Uczelni Nr. 2** | | | | | | | |
| PRZEDMIOTY DO ZREALIZOWNIA NA UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN | PRZEDMIOTY RÓWNOWAŻNE Z PROGRAMU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI | | | | | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
| **Program Uczelni Nr. 3** | | | | | | | |
| PRZEDMIOTY DO ZREALIZOWNIA NA UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN | PRZEDMIOTY RÓWNOWAŻNE Z PROGRAMU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI | | | | | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
| **Program Uczelni Nr. 4** | | | | | | | |
| PRZEDMIOTY DO ZREALIZOWNIA NA UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN | PRZEDMIOTY RÓWNOWAŻNE Z PROGRAMU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI | | | | | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
| **Program Uczelni Nr. 5** | | | | | | | |
| PRZEDMIOTY DO ZREALIZOWNIA NA UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN | PRZEDMIOTY RÓWNOWAŻNE Z PROGRAMU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI | | | | | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
| **Okres pobytu:**   * 5 MIESIĘCY * 9 MIESIĘCY * INNY……………. | | * SEMESTR ZIMOWY * SEMESTR LETNI * ROK AKADEMICKI | | | | | |
| **Czy w roku akademickim, w którym odbywa się rekrutacja tj. 2020/2021 otrzymuje Pan/Pani stypendium socjalne?**  TAK ⬜ NIE ⬜ | | | | | | | |
| **Czy jest Pan/ Pani osobą niepełnosprawną?**  TAK ⬜ NIE ⬜ | | | | | | | |
| ⬜ 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).\*  ⬜ Wyrażam zgodę na udostępnianie mojego uczelnianego adresu e-mail przyszłym studentom, którzy będą chcieli odbyć studia zagraniczne w ramach programu Erasmus + na tej samej uczelni na której ja studiowałem (dotyczy okresy w którym jestem studentem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi)  ⬜ Wyrażam zgodę na udostępnianie mojego prywatnego adresu e-mail ……………………………………................... przyszłym studentom, którzy będą chcieli odbyć studia zagraniczne w ramach programu Erasmus + na tej samej uczelni na której ja studiowałem ( dotyczy okresu do dwóch lat od zakończenia moich studiów)  ⬜ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zbiorczych bazach danych dla potrzeb Uniwersytetu Medycznego w Łodzi \*  …………………………………………………… …………………………………………………….  miejsce, data podpis  \*obowiązkowe | | | | | | | |
| **DEKLARACJA STUDENTA OSTATNIEGO ROKU** **STUDIÓW I-go stopnia o kontynuacji studiów II-go stopnia na Uniwersytecie Medycznym**  Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem się z kryteriami formalnymi Programu ERASMUS+ i po ukończeniu studiów I-go stopnia będę kontynuował studia II-go stopnia na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.  ………………….. ……………………………  (data) (podpis studenta) | | | | | | | |
| **Zgoda Promotora na wyjazd w ostatnim semestrze ( dotyczy studentów ostatniego roku studiów licencjackich, magisterskich, mag. uzupełniających i doktoranckich)**  Wyrażam zgodę na wyjazd w ramach Programu Erasmus+ w 2-gim semestrze 2020/2021 roku  ………………….. ……………………………………………………………  (data) (podpis promotora) | | | | | | | |
| **W przypadku studentów studiów doktoranckich:**  Opinia Dziekana lub Prodziekana ds. Dydaktyki właściwego Wydziału  Wyrażam zgodę na wyjazd Pana/Pani…………………………..  na studia w ramach programu Erasmus+ w terminie………………………………………  data……………………… podpis i pieczątka Dziekana/Prodziekana ………………………………………….  Opinia Promotora  Wyrażam zgodę na wyjazd Pana/Pani…………………………..  na studia 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 …………………………………………. | | | | | | | |
| **Oświadczenie o rezygnacji z otrzymanego stypendium w ramach Programu ERASMUS +**  Oświadczam, że rezygnuję ze stypendium Programu ERASMUS+ z powodu:  ………………………………………………………….……………………………….……..........................................................  ………………………………………………………….……………………………….……..........................................................  ………………………………………………………….……………………………….……..........................................................  ………………………………………………………….……………………………….……..........................................................  ...............................................................................................................................................................  ………………….. ……………………………  (data) (podpis studenta) | | | | | | | |