****

**Formularz kandydata do udziału w**

zdjęcie

**Praktykach zagranicznych.**

**Program Erasmus +**

**Rok akademicki 2020/2021.**

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 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)  ……………………………………………………  (podpis pracownika dziekanatu i pieczęć dziekanatu) |
| **Poziom znajomości języka obcego, w którym Pan/Pani zamierza odbyć praktykę:**  Ocenę z egzaminu językowego/ocenę z lektoratu 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**  **⬜ hiszpański**  **⬜ portugalski**  **⬜ włoski**  **⬜ niemiecki …………………………………………………..**  **⬜ francuski** (ocena – proszę określić , czy jest to ocena z certyfikatu/lektoratu/egzaminu językowego)  **⬜ niderlandzki**  **……………………………………………………………..**  (Podpis i pieczęć pracownika działu współpracy zagranicznej lub w przypadku certyfikatu lektora/kierownika CNJO) |
| |  | | --- | | **Działanie na rzecz studentów przyjeżdzających z Uczelni Partnerskich :**   * Punkt za określone działanie może zostać przyznany tylko jednorazowo. Student ma możliwość otrzymać odpowiednio ½ punktu za kontakt mailowy ze studentem przyjeżdżającym z uczelni partnerskiej lub 1 punkt jeżeli student kontaktował się ze studentem przyjeżdżającym zarówno drogą mailową jak i osobiście.   ……………………………………………………………………  (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  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **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  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **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**  **(na podstawie dołączonego Letter of Intent)**  **OBOWIĄZKOWE WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL**  **Instytucja przyjmująca (nazwa zwyczajowo stosowana/pełna oficjalna nazwa organizacji – w języku narodowym/Wydział/jednostka)**  **.**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Organ publiczny: tak/nie Non-profit: tak/nie  **Adres: Kraj, Region/województwo, Miejscowość, Kod Pocztowy (CEDEX – tylko dla Francji), Ulica,**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **Telefon 1/Telefon 2/ Fax:**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **Adres Mailowy:** ……………………………………………………………………………  **Strona internetowa:** ……………………………………………………………………..  **Kod Erasmusa (jeżeli to Uczelnia):** …………………………………………………  **Osoba kontaktowa : koordynator/opiekun praktyki (nazwisko, imię, Tel. ,mail):**  **.**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Termin odbywania praktyki: od**………………… **do** ………………  **Język wymagany przez instytucję przyjmującą, w którym będzie odbywana praktyka:** ……………………… | |
| **Okres pobytu:** 2 miesiące ⬜ 3 miesiące ⬜ inny ………….. | |
| **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 ⬜ | |
| 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 Wydziału  Wyrażam 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 2020/2021**

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