**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**dla nauczycieli akademickich**

**PROGRAM ERASMUS+ STA/ STT 2024/2025**

**Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej**

**Dane osobowe nauczyciela akademickiego**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię: |  |
| Tytuł, stopień naukowy: |  |
| Wydział/ Instytut/ Zakład: |  |
| Doświadczenie dydaktyczne:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| mniej niż 10 lat | 10- 20 lat | powyżej 20 lat |

 |
| Obywatelstwo: |  |
| Adres zameldowania: |  |
| Nr tel. służbowego: |  |
| Nr tel. kom.: |  |
| Adres e-mail:  |  |

**Dane dotyczące planowanego wyjazdu**

|  |  |
| --- | --- |
| Uczelnia przyjmująca: |  |
| Kraj, miasto: |  |
| Planowany okres pobytu od - do: |  |
| Liczba godzin dydaktycznych /min. 8/: |  |
| Poziom na jakim będą prowadzone zajęcia: |  **I II III** |
| Język w jakim będą prowadzone zajęcia: |  |
| Poziom znajomości tego języka:  |  *dostateczna dobra biegła* |
| Tematyka proponowanych zajęć: |  |
| Imię, nazwisko, tytuł, stopień naukowy osoby kontaktowej w uczelni partnerskiej: |  |
| Kontakt do osoby kontaktowej w uczelni partnerskiej: |  |
| Wcześniejszy udział w programie Erasmus: |  Nie Tak (ile razy)……….  |
| Działalność na rzecz programu Erasmus:jeśli tak, to jaka: |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis Beneficjenta

---------------------------------------------

Data i podpis bezpośredniego przełożonego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Koordynatora Uczelnianego

**WYPEŁNIONY FORMULARZ PROSZĘ PRZESŁAĆ NA ADRES:** **erasmusrejestracja@aps.edu.pl**

**(W TYTULE MAILA PROSZĘ O WPISANIE SWOJEGO IMIENIA I NAZWISKA)**

 **do 31 marca 2024 roku**

**DECYZJA o zakwalifikowaniu na wyjazd/ na wykłady gościnne w ramach programu ERASMUS w roku akademickim 2024/2025**

Zakwalifikowany: **TAK NIE**

Zakwalifikowany na listę rezerwową

……………….………………………………………………..

 Data i podpis Rektora/ Prorektora