**Załącznik nr 3 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+**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** | **Stanowisko, stopień naukowy:** | |
| **Wydział:** | **Katedra** | |
| **Obywatelstwo:** | **PESEL\*:**  **\***dot. obywateli polskich | |
| **Adres stałego zamieszkania:** | | |
| **Telefon:** | **E-mail:** | |
| **Staż pracy w PŚk (zaznaczyć właściwe):**  **J – junior (mniej niż 10 lat) □ I – intermediate (od 10 do 20 lat) □ S – senior (powyżej 20 lat) □** | | |
| **Dziedzina akademicka (kod ISCED według kierunku studiów):** | | |
| **Nazwa zagranicznej uczelni przyjmującej:** | | |
| **Planowany okres pobytu w uczelni przyjmującej (liczba dni bez podróży):** | | |
| **Czy posiada Pan(i) doświadczenie w nauczaniu międzynarodowych grup studentów? Jeśli tak, to jakie? Liczba godzin prowadzonych w jęz. angielskim:** | | |
| **Jaki jest oczekiwany wpływ wyjazdu do zagranicznej uczelni przyjmującej na Pana(i) rozwój zawodowy?** | | |
| **Czy brał(a) Pan(i) wcześniej udział w wymianie w ramach programu Erasmus+ lub LLP-Erasmus?**  **TAK/ NIE (zaznaczyć właściwe)**  **Jeśli tak, proszę podać ile razy:…………………..** | | |
| **Czy brał(a) Pan(i) udział w wymianie w ramach programu Erasmus+ w poprzednim roku akademickim?**  **TAK/ NIE (zaznaczyć właściwe)** | | |
| **Czy działa Pan(i) na rzecz umiędzynarodowienia Uczelni? TAK/ NIE (zaznaczyć właściwe)**  **Jeśli tak, to w jaki sposób.** | | |
| **Czy jest Pan(i) zaangażowany(a) w sprawy związane z wymianą międzynarodową w Uczelni, w tym w funkcjonowanie programu Erasmus+ lub obsługę studentów czy też pracowników zagranicznych przyjeżdżających do PŚk?**  **Jeśli tak, to w jaki sposób:** | | |
| *Oświadczam, że znam język obcy, w którym będą prowadzone zajęcia dydaktyczne w zagranicznej uczelni przyjmującej, w stopniu pozwalającym na ich prowadzenie. W załączeniu przedkładam Indywidualny Program Nauczania (tzw. Staff Mobility for Teaching Agreement).*  *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.* | | |
|  | | **……………………………………………………….**  **Data i podpis kandydata**  **ubiegającego się o wyjazd STA** |
| **…………………………………………………………….**  **Data i podpis przełożonego** | | **…………………………………………………………….**  **Data i podpis Dziekana** |