

termin złożenia niniejszego dokumentu upływa **22/03/2024 godz. 12:00**

WYPEŁNIA STUDENT

IMIĘ I NAZWISKO: PESEL:

NUMER TELEFONU: E-MAIL:

ADRES DO
KORRESPONDENCJI:

WYDZIAŁ: WB WE WIMiI WIPiTM WliŚ WZ

KIERUNEK:

SPECJALNOŚĆ:

UKOŃCZONY ROK STUDIÓW(łącznie) STOPIEŃ: (1-lic./inż., 2-mgr, 3-dr) STUDIA STACJONARNE STUDIA NIESTACJONARNE

TAK NIE Deklaruję, że w przeszłości, po uprzednim, pozytywnym przejściu procesu rekrutacji i zakwalifikowaniu się do Programu Erasmus+ (i/lub PO WER) zrezygnowałem/zrezygnowałam z udziału w Programie Erasmus+ (i/lub PO WER).

TAK NIE Deklaruję, że w chwili obecnej jestem uczestnikiem Programu Erasmus+ / PO WER

Deklaruję, że uprzednio zrealizowałem/am mobilność/wyjazd w ramach Programu: (jeżeli TAK to obowiązkowo podaj dokładny okres w dniach)

	na studiach stopnia:	Erasmus+	Erasmus+ (finansowany ze środków PO WER)	LLP-Erasmus	Erasmus Mundus
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pierwszego				
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	drugiego (mgr)				
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	trzeciego (dr)				

deklaruję znajomość języka: ANGIELSKI, jednocześnie deklaruję udział w teście językowym lub załączam kopię certyfikatu

deklaruję znajomość języka: NIEMIECKI, jednocześnie deklaruję udział w teście językowym lub załączam kopię certyfikatu

deklaruję znajomość języka: FRANCUSKI, jednocześnie załączam kopię certyfikatu

deklaruję znajomość innego języka wykładowego wybranej uczelni partnerskiej i jednocześnie załączam kopię certyfikatu (minimum B2)

Proszę wybrać język oraz wskazać sposób potwierdzenia jego znajomości. (UWAGA: załączniki nie złożone wraz z wnioskiem nie będą podlegać dalszej ocenie w procesie rekrutacji)

PLANOWANE MIEJSCE PRAKTYKI ZAGRANICZNEJ: PRAKTYKA REALIZOWANA JAKO ABSOLWENCKA - TAK NIE

nazwa instytucji:

dane adresowe (kraj, miasto, kod pocztowy, nr budynku, etc.):

Imię i nazwisko osoby kontaktowej w Instytucji zagranicznej (dane opiekuna praktyki): e-mail: tel.

planowana długość praktyki (w dniach): planowane zakończenie praktyki [dd/mm/yyyy]: planowana data ukończenia studiów:

TAK NIE Deklaruję, że jestem studentem znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej (i/lub posiadam orzeczenie o niepełnosprawności) oraz chcę skorzystać ze stypendium zawierającego „dodatek socjalny”

ZAŁĄCZAM kopie TAK NIE działalność na rzecz uczelni, w kołach naukowych, w organizacjach studenckich SZŁ.

dokumentów TAK NIE publikacje, nagrody i wyróżnienia otrzymane w toku studiów etc. SZŁ.

poświadczających TAK NIE orzeczenie niepełnosprawności i jednocześnie wnioskuję o stypendium z tytułu niepełnosprawności SZŁ.

(UWAGA: dokumenty nie złożone wraz z wnioskiem nie będą podlegać dalszej ocenie w procesie rekrutacji) TAK NIE wniosek o uznanie wystąpienia przypadku tak zwanej „siły wyższej” jako powodu mojej uprzedniej rezygnacji z udziału w Programie Erasmus+ wraz z załącznikiem/załącznikami dokumentującymi powyższe okoliczności SZŁ.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej aplikacji dla potrzeb związanych z procesem rekrutacji do Programu Erasmus+ KA131 w PCz oraz na publikowanie mojego imienia, nazwiska i wyniku rekrutacji na stronie internetowej PCz, a w przypadku pozytywnego przejścia procesu rekrutacji wyrażam również zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszej aplikacji na potrzeby realizacji mojej mobilności w ramach Programu Erasmus+ KA131, na udostępnienie ich instytucji, w której ma być realizowana moja mobilność oraz na przesyłanie do mnie informacji związanych z Programem Erasmus+ KA131 przez Biuro Studentów Zagranicznych PCz

*wypełniony kwestionariusz należy złożyć u Koordynatora Wydziałowego (skan na konto e-mail)

data czytelny podpis

