****

**FORMULARZ**

 **DLA KANDYDATA DO WYMIANY STUDENCKIEJ**

**W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+**

**ROK AKADEMICKI 2023/2024**

Oryginał formularza należy złożyć w terminie do 10 listopada 2023 roku do właściwego Koordynatora Wydziałowego.

**Wypełnić drukowanymi literami lub elektronicznie.**

Jeśli dotyczy – dołączyć kserokopie dokumentów poświadczających znajomość języków obcych.

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Obywatelstwo |  |
| PESEL |  |
| Nr albumu |  |
| Telefon (+komórkowy) |  |
| E-mail |  |
| Poziom studiów; rok; wydział; specjalność |  |
| Średnia ocenZa ostatni rok/rozliczony semestr (niepotrzebne skreślić) |  |
| Znajomość języków obcychbd – bardzo dobrad – dobras – słaba | j. angielski | j. niemiecki | j. hiszpański | Inny; jaki? |
|  |  |  |  |
| Zainteresowania i działalność w organizacjach (w tym studenckich) |  |
| Jestem zainteresowany wyjazdem do:(min. 3 miesiące, maks. 10 miesięcy) | Uczelnia: | Semestr\*Zimowy Letni  |
| Chciałbym podjąć studia na uczelni partnerskiej w następującej dziedzinie: |  |
| Wcześniejszy udział w Programie Erasmus na tym samym poziomie studiów\* | tak nie Jeśli tak, to ile miesięcy …………….. |
| Stypendium socjalne\* | Czy otrzymujesz aktualnie stypendium socjalne tak nieCzy będziesz ubiegać się tak nieo stypendium socjalne (październik 2023)\*  |
| Niepełnosprawność\* | Czy masz orzeczony stopień niepełnosprawności? tak nieJeśli tak, jaki stopień ……………………………… |

\*) niepotrzebne skreślić

Niniejszym potwierdzam, iż znane mi są, przyjęte na Uczelni i wydziale, warunki uczestnictwa w wyjazdach studentów w ramach programu Erasmus+.

Podpis kandydata

Decyzja Komisji Wydziałowej:

ZAKWALIFIKOWAĆ 🞏 LISTA REZERWOWA 🞏 ODRZUCIĆ 🞏

 Podpis Koordynatora Wydziałowego:

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_