4

#### WYŻSZA SZKOŁA ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ W OSTROŁĘCE

## 

## PROGRAM ERASMUS+

## PROGRAM ERASMUS+

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA PRACOWNIKÓW\*

###### **ROK AKADEMICKI 2018/2019**

###### **WYJAZD W CELACH SZKOLENIOWYCH (STT)**

**DANE OSOBOWE PRACOWNIKA**

|  |
| --- |
| **Nazwisko:** ................................................................................................................  **Imię/imiona:** ................................................................................................................  **Data urodzenia, obywatelstwo:** ..................................................................................................  **Pesel:** ................................................................................................................  **Seria i numer dowodu osobistego:** ……………………………………………………………..  **Adres zameldowania:** .………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………  **Telefon komórkowy:** ................................................................................................................  **E-mail:** ................................................................................................................  **Wydział:** .............................................................................................................................. |

|  |
| --- |
| **Czy wyjeżdżał/a Pan/i w celach szkoleniowych w ramach Programu Erasmus+**  **lub LLP-Erasmus?**  □ TAK □ NIE  **Proszę wskazać liczbę takich wyjazdów i podać, którego roku akademickiego dotyczą**  **(w ciągu ostatnich 5 lat)**  **………………**  ……………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie zawodowe pracownika:**  □ do 10 lat doświadczenia  □ od 10 do 20 lat doświadczenia  □ ponad 20 lat doświadczenia |

|  |
| --- |
| **Język, w jakim się będzie odbywało szkolenie:**  ………………………………………………..  ………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że w momencie wyjazdu nie będę przebywał/a na urlopie naukowym** |

|  |
| --- |
| ............................................................. ..................................  Podpis pracownika Data |

\* Formularz zgłoszeniowy powinien **być wypełniony, podpisany** i złożony w Biurze Współpracy Międzynarodowej wraz z „Indywidualnym programem szkolenia”