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”