****

**FORMULARZ**

**DLA KANDYDATA DO WYMIANY STUDENCKIEJ**

**W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+**

**ROK AKADEMICKI 2023/2024**

Oryginał formularza należy złożyć w terminie do 04 marca 2023 roku do Koordynatora Wydziału Elektrycznego.

**Wypełnić elektronicznie.**

Jeśli dotyczy – dołączyć kserokopie dokumentów poświadczających znajomość języków obcych oraz aktywność społeczną i sportową

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | | | | |
| Imię |  | | | | |
| Data i miejsce urodzenia |  | | | | |
| Obywatelstwo |  | | | | |
| PESEL |  | | | | |
| Nr albumu |  | | | | |
| Telefon (+komórkowy) |  | | | | |
| E-mail |  | | | | |
| Poziom, tryb studiów; rok; semestr; specjalność, w chwili składania dokumentów |  | | | | |
| Średnia ocen  Za ostatni rok/rozliczony semestr (niepotrzebne skreślić) |  | | | | |
| Znajomość języków obcych  bd – bardzo dobra  d – dobra  s – 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 nie  Czy będziesz ubiegać się tak nie  o stypendium socjalne (październik 2021)\* | | | | |
| Niepełnosprawność\* | Czy masz orzeczony stopień niepełnosprawności? tak nie  Jeśli 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_