****

**Formularz kandydata do udziału w**

zdjęcie

**Praktykach zagranicznych na**

**Uniwersytecie w Pawii.**

**Program Erasmus +**

**Rok akademicki 2018/2019**

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA NA KOMPUTERZE

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Adres zameldowania** |  |
| **PESEL / nr dowodu osobistego** |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **E-mail: uczelniany** |  |
| **E-mail: prywatny** |  |
| **Wydział /Kierunek studiów/nr albumu** |  |
| **Rok studiów ( w momencie rekrutacji)** |  |
| **\*Proszę podać nr telefonu komórkowego do dwóch osób z rodziny, z którymi Dział Współpracy Zagranicznej będzie mógł się skontaktować w razie potrzeby.** | ………………………………………………………………………………………………..**Imię/Nazwisko** (stopień pokrewieństwa)**Nr tel. Kom**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**Imię/Nazwisko** (stopień pokrewieństwa)**Nr tel. Kom**…………………………………………………………………………….. |
| **Średnia ocen** z ostatniego ukończonego roku studiów poprzedzającego rok akademicki 2018/2019, w którym odbywa się rekrutacja ( max. 5 pkt. ). W zakresie obliczania średniej arytmetycznej oceny rocznej obowiązują zasady zawarte w § 26 ust. 3 obowiązującego Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: ”Średnią ocen z danego semestru, oblicza się jako średnią arytmetyczną ocen semestralnych z przedmiotów wskazanych przez Dziekana ( w tym również ocen niedostatecznych) uzyskanych w poszczególnych terminach składania egzaminów i zaliczeń” oraz w § 26 ust. 4 „Obliczając średnią ocen uwzględnia się: 1) ocenę z egzaminu komisyjnego, pomijając ocenę z egzaminu zakwestionowanego (…); 2) w przypadku poprawiania przez studenta oceny pozytywnej drugą uzyskaną ocenę”. Studentów, którzy rozpoczęli studia przed dniem 01.10.2010 roku obowiązują zasady wynikające z § 16 ust. 2 w zw. Z ust. 1 i § 36 ust. 2 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przyjętego uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego nr 36/2003 z dnia 27 marca 2007 roku : do obliczenia średniej arytmetycznej oceny rocznej uwzględnia się wszystkie oceny uzyskane z egzaminów, w tym oceny niedostateczne; W przypadku gdy nie można obliczyć średniej za rok 2017/2018 uwzględniana będzie średnia za rok akademicki 2016/2017.Dla studentów studiów III stopnia średnią jest ocena z dyplomu studiów II stopnia lub jednolitych studiów magisterskich. | (wypełnia dziekanat)…………………………… ……………………………………………………(podpis pracownika dziekanatu i pieczęć dziekanatu)  |
| **Poziom znajomości języka obcego, w którym Pan/Pani zamierza odbyć praktykę:** Ocenę z egzaminu językowego wpisuje pracownik Działu Współpracy Zagranicznej na podstawie protokołu z egzaminu językowego dostarczonego przez Centrum Nauczania Języków Obcych UM**Ocenę na podstawie przedstawionego oryginału certyfikatu/ów wpisuje lektor lub kierownik Centrum Nauczania Języków Obcych UM****(proszę dołączyć kopię certyfikatu do formularza)** | \*Studenci, którzy mają zdany egzamin językowy w latach poprzednich – proszę podać rok akademicki zdanego egzaminu: ……………………………………………………………….**⬜ angielski** **⬜ włoski** **…………………………………………………..** (ocena)**……………………………………………………………..**(Podpis i pieczęć pracownika działu współpracy zagranicznej lub w przypadku certyfikatu lektora/kierownika CNJO) |
| **Osiągnięcia naukowe studenta****(proszę o zaznaczenie wybranych pól i dołączenie opisanych kopii publikacji)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Publikacje** : | Punktacja: | Razem publikacji | Suma punktów |
| **w recenzowanych czasopismach z listy filadelfijskiej z IF** | 0,5 punktu za pierwszą |  |  |
|  | 0,25 punktu za drugą |  |  |
|  | 0,1 punktu za każdą kolejną publikację  |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |
| **w recenzowanych czasopismach zagranicznych** | 0,3 punktu za pierwszą |  |  |
|  | 0,15 punktu za drugą |  |  |
|  | 0,1 punktu za każdą kolejną publikację |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |
| **w polskich czasopismach z listy MNiSW** | 0,2 punktu za pierwszą |  |  |
|  | 0,1 punktu za każdą kolejną publikację |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |

 **(proszę o zaznaczenie wybranych pól i dołączenie opisanych kopii dokumentu o nagrodzonej pracy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prace nagrodzone na sympozjach, kongresach naukowych, konferencjach lub konkursach naukowych:**  | Punktacja: | Razem publikacji | Suma punktów |
| **szczebel międzynarodowy** | 0,5 punktu za pierwszą |  |  |
|  | 0,25 punktu za drugą |  |  |
|  | 0,1 punktu za każdą kolejną pracę |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |
| **szczebel krajowy** | 0,3 punktu za pierwszą |  |  |
|  | 0,15 punktu za drugą |  |  |
|  | 0,1 punktu za każdą kolejną pracę |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |
| **szczebel uczelniany** | 0,2 punktu za pierwszą  |  |  |
|  | 0,1 punktu za każdą kolejną pracę |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |

**(proszę o zaznaczenie wybranych pól i dołączenie opisanej kopii dokumentu o udziale w konferencji/sympozjum)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czynny udział w kongresach i sympozjach naukowych (**wygłoszenie doniesienia lub prezentacje posteru) | Punktacja: | Razem publikacji | Suma punktów |
| **konferencje międzynarodowe** | 0,5 punktu za pierwszą |  |  |
|  | 0,25 punktu za drugą |  |  |
|  | 0,1 punktu za każdą następną konferencję |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |
| **konferencje krajowe** | 0,3 punktu za pierwszą |  |  |
|  | 0,15 punktu za drugą |  |  |
|  | 0,1 punktu za każdą następną konferencję |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |
| **konferencje uczelniane** | 0,2 punktu za pierwszą |  |  |
|  | 0,1 punktu za każdą następną konferencję |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktywna działalność w kołach naukowych** (potwierdzona przez opiekuna koła)* minimum 1 rok – 0,5 punktu

…………………………………………………………………… (podpis i pieczęć opiekuna koła naukowego) | **Działalność w chórze**(potwierdzona przez opiekuna chóru)* minimum 1 rok – 0,5 punktu

…………………………………………………………………… (podpis i pieczęć opiekuna chóru) |
| **Działalność w AZS-sie**(potwierdzona przez opiekuna)* minimum 1 rok – 0,5 punktu

…………………………………………………………………… (podpis i pieczęć prezesa AZS ) | **Działanie na rzecz studentów przyjeżdzających z Uczelni Partnerskich :*** 1 punkt przyznawany w oparciu a wypełniony i zaakceptowany przez Koordynatora Administracyjnego Erasmusa wniosek

…………………………………………………………………… (podpis i pieczęć przez Koordynatora Administracyjnego Erasmusa) |

**Czy brał/a Pan/Pani udział w programie Erasmus?**Nie ⬜ (1punkt) Tak, wyjazd stypendialny na studia ⬜ Tak, wyjazd stypendialny na praktykę ⬜**Jeżeli tak prosimy o podanie:****miejsca odbywania mobilności :**………………………………………………………………………………………………………………………..**czasu trwania mobilności** :…………**miesięcy** **podać rok akademicki mobilności**:…………….. |
| **Dane instytucji, w której będzie realizowana praktyka:****UNIWERSYTET W PAWII****Universita degli studi di Pavia****Adres:** Włochy**,** Corso Str. Nuova, 65, 27100 Pavia PV**Strona internetowa:** <http://www.unipv.eu/site/en/home.html>**Kod Erasmusa:** I PAVIA01 **Wybrana Placówka i zakres praktyki:\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szpital uniwersytecki** | **Oddział** | **Plan praktyki** |
| HOSPITAL FONDAZIONE POLICLINICO | Chirurgia Ogólna Ginekologia | □ 1 miesiąc na Chirurgii Ogólnej oraz 1 miesiąc na Ginekologii |
| PediatriaIntensywna Terapia | □ 1 miesiąc na Pediatrii oraz 1 miesiąc na Intensywnej Terapii |
| HOSPITAL FONDAZIONE MAUGERI | NefrologiaEndokrynologia | □ 1 miesiąc na Nefrologii oraz 1 miesiąc na Endokrynologii |

**\***proszę wybrać 1 opcję**Termin odbywania praktyki: od**………………… **do** ……………… **Język wymagany przez instytucję przyjmującą, w którym będzie odbywana praktyka:** ……………………… |
| **Okres pobytu:** 2 miesiące ⬜ inny ⬜ |
| **Czy w roku akademickim, w którym odbywa się rekrutacja tj. 2018/2019 otrzymuje Pan/Pani stypendium socjalne?** TAK ⬜ NIE ⬜ |
| **Czy jest Pan/ Pani osobą niepełnosprawną?** TAK ⬜ NIE ⬜ |
|    miejsce, data:……………… podpis:………………………………………………………….. |
| Wyrażam zgodę na: ⬜ przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).\*⬜ udostępnianie mojego uczelnianego adresu e-mail przyszłym studentom, którzy będą chcieli ODBYĆ PRAKTYKĘ zagraniczną w ramach programu Erasmus + w czasie trwania moich studiów.⬜ udostępnianie mojego prywatnego adresu e-mail przyszłym studentom, którzy będą chcieli ODBYĆ PRAKTYKĘ zagraniczną w ramach programu Erasmus + w czasie w czasie do dwóch lat od zakończenia moich studiów⬜ przetwarzanie danych osobowych w zbiorczych bazach danych dla potrzeb Uniwersytetu Medycznego w Łodzi \* ......................................................... ........................................................ miejsce, data podpis\**obowiązkowe* |
| **W przypadku studentów ostatniego roku studiów:** Data ukończenia studiów:…………………………….... |
| **W przypadku studentów ostatniego roku studiów:** Opinia Dziekana lub Prodziekana ds. Dydaktyki właściwego WydziałuWyrażam zgodę na wyjazd Pana/Pani………………………………………………………….....na praktykę w ramach programu Erasmus+ w terminie………………………………………data……………………… podpis i pieczątka Dziekana/Prodziekana ………………………… |
| **W przypadku studentów studiów doktoranckich:****Opinia Dziekana lub Prodziekana ds. Dydaktyki właściwego Wydziału**Wyrażam zgodę na wyjazd Pana/Pani…………………………………………………………….na praktykę w ramach programu Erasmus+ w terminie………………………………………data……………………… podpis i pieczątka Dziekana/Prodziekana ……………………….**Opinia Promotora**Wyrażam zgodę na wyjazd Pana/Pani…………………………………………………………….na praktykę w ramach programu Erasmus+ w terminie………………………………………data……………………… podpis i pieczątka Dziekana/Prodziekana ………………………….**Sekretariat Studium Doktoranckiego**Zaświadczam, że w dniu…………………………….. student ………………………………………………………… posiada status studenta studiów doktoranckich. O zmianie statusu zostanie poinformowany Dział Współpracy Zagranicznej – osoby odpowiedzialne za mobilność studentów – w terminie 14 dni. data……………………… podpis i pieczątka pracownika sekretariatu……………………………… |

**Decyzja o zakwalifikowaniu na praktykę zagraniczną w roku akademickim 2018/2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zakwalifikowany na praktykę do(nazwa instytucji)……………………………………………………………….. | Kraj, miasto…………………………………………… | Okres pobytu:2 miesiące 3 miesiąceInne …….. | Wyjazd z prawem do stypendiumWyjazd bez prawa do stypendium |

Na podstawie protokołu z posiedzenia Komisji Kwalifikacyjnej/decyzji Uczelnianego Koordynatora

Data …………………………….. …………………………………………

 (podpis )

**NALEŻY WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROGRAMIE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oświadczenie o rezygnacji z otrzymanego stypendium w ramach Programu ERASMUS +:**

Oświadczam, że rezygnuję ze stypendium Programu ERASMUS + z powodu:

………………………………………………………….……………………………….……..............................................................

………………………………………………………….……………………………….……..............................................................

………………………………………………………….……………………………….……..............................................................

………………………………………………………….……………………………….……..............................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Data …………………………….. …………………………………………

 (podpis studenta)