****

**Formularz kandydata do udziału w**

zdjęcie

**Praktykach zagranicznych na**

**Uniwersytecie w Pawii.**

**Program Erasmus +**

**Rok akademicki 2019/2020**

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 2019/2020, w którym odbywa się rekrutacja nie niższa niż 3,25 ( max. 5 pkt. ). W zakresie obliczania średniej arytmetycznej oceny rocznej obowiązują zasady zawarte w § 27 uchwały nr. 312/2019 obowiązującego Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: ”Średnią ocen za semestr lub rok studiów oblicza się jako średnią arytmetyczną ocen semestralnych ( ocen końcowych) w tym ocen niedostatecznych, uzyskanych we wszystkich terminach zaliczeń i egzaminów z przedmiotów wskazanych w programie studiów dla danego cyklu kształcenia z zastrzeżeniem ust. 5 i 6” ust. 5 „Obliczając średnią ocen (…) uwzględnia się: 1) w przypadku zaliczenia lub egzaminu komisyjnego - ocenę z zaliczenia lub egzaminu komisyjnego, wpisaną do ESOS w miejsce oceny z zaliczenia lub egzaminu zakwestionowanego (…); 2) w przypadku poprawianej oceny pozytywnej - ocenę uzyskaną w drugim terminie egzaminu, wpisaną do ESOS w miejsce oceny poprawianej (…)”.  W przypadku gdy nie można obliczyć średniej za rok 2018/2019 uwzględniana będzie średnia za rok akademicki 2017/2018.  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 – proszę określić , czy jest to ocena z certyfikatu/lektoratu/egzaminu językowego  **……………………………………………………………..**  (Podpis i pieczęć pracownika działu współpracy zagranicznej lub w przypadku certyfikatu lektora/kierownika CNJO) |
| |  | | --- | | **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 wszystkich zrealizowanych mobilności:**  **miejsca odbywania mobilności:**  np. Klinikum Augsburg  .............................................................................................................................................................  **czasu trwania mobilności** : np. 2 **miesiące**  **.....................................................................................................................................................**  **w okresie od:**  DD.MM.RRRR do: DD.MM.RRRR  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **podać rok akademicki mobilności**: np. 2018/2019 | |
| **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     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Szpital uniwersytecki** | **Oddział** | **Plan praktyki** | | HOSPITAL FONDAZIONE  POLICLINICO | Chirurgia Ogólna  Ginekologia | □ 1 miesiąc na Chirurgii Ogólnej oraz 1 miesiąc na Ginekologii | | Pediatria  Intensywna Terapia | □ 1 miesiąc na Pediatrii oraz 1 miesiąc na Intensywnej Terapii | | HOSPITAL FONDAZIONE  MAUGERI | Nefrologia  Endokrynologia | □ 1 miesiąc na Nefrologii oraz 1 miesiąc na Endokrynologii |   **Wybrana Placówka i zakres praktyki:\***  **\***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. 2019/2020 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 Wydziału  Wyrażam 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 2019/2020**

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