|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logoAMW | **AKADEMIA MARYNARKI WOJENNEJ**  **im. Bohaterów Westerplatte**  **WYDZIAŁ NAUK HUMANISTYCZNYCH I SPOŁECZNYCH** | Untitled-3 |

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA WYMIANĘ W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+

dla nauczycieli akademickich i pracowników niedydaktycznych

w roku akademickim **…………….**

**DANE OSOBOWE NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO LUB PRACOWNIKA NIEDYDAKTYCZNEGO**

Instytut:………..…………………………………………………………………………………………….

Nazwisko: ……………………………………………………………………………………………..……. Imię/imiona:……………………………………………………………………..…………………………..

Data i miejsce urodzenia:……………………………………………………………………………….……

Adres zamieszkania:………………………………………………..………………………………………..

Adres do korespondencji:……………………….……………………………………...................................

e-mail:……………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu:………… ………………………………………………………………………………………

**ZGŁOSZENIE NA WYJAZD/STAŻ/SZKOLENIE DO:**

Nazwa uczelni:……………..…….…………………………………….……………………………………….

Adres uczelni:………………………………………………………………………………………………….

Termin pobytu (przybliżony)……………………………… …………………………………………………

Prosimy krótko uzasadnić, dlaczego Pani/Pan chciałby odbyć staż/szkolenie za granicą?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………

**ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH**

Posiadam CERTYFIKAT/Y potwierdzający/e biegłą znajomość języka (proszę wymienić jaki/jakie): ………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**REKOMENDACJA BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DECYZJA o zakwalifikowaniu na staż/szkolenie naukowy w roku akademickim …………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakwalifikowany na wyjazd/staż/**  **nazwa uczelni** | **Adres uczelni** | **Termin pobytu** |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

*(data i podpis Dziekana WNHiS) (data i podpis Pełnomocnika Dziekana ds. Wymiany Studentów i Nauczycieli Akademickich)*