|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Uniwersytet Jagielloński**

**Program Erasmus+ Praktyki 2018/2019**

**KWESTIONARIUSZ kandydaTA**

1. **Dane personalne**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko: | Imię: |
| Telefon kontaktowy: | E-mail: |

1. **Informacje o studiach**

|  |  |
| --- | --- |
| Wydział: | Instytut: |
| Kierunek studiów: | |
| Rok studiów: | Poziom studiów: BA – MA - PHD |

1. **Informacje o planowanej praktyce**

|  |  |
| --- | --- |
| Planowany okres praktyki[[1]](#footnote-1): | Planowany kraj praktyki: |
| Nazwa instytucji przyjmującej (jeśli znana): | |

1. **Wcześniejszy udział w programie Erasmus (LLP) / Erasmus+ / Leonardo da Vinci / Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy w latach 2007-2018 uczestniczył/a Pan/i w programie[[2]](#footnote-2): | | |
| * Erasmus / Erasmus+ Studia | Czas pobytu: | Poziom studiów: BA, MA, PHD |
| * Erasmus / Erasmus+ Praktyki | Czas pobytu: | Poziom studiów: BA, MA, PHD |
| * Leonardo da Vinci | Czas pobytu: |  |
| * Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy |  |  |
| * Nie uczestniczyłem/am |  | |

1. **Realizacja praktyki Erasmus+ jako praktyki obowiązkowej / nieobowiązkowej na aktualnie studiowanym kierunku studiów**

|  |
| --- |
| Wyrażam zgodę na wyjazd Studenta na praktykę w ramach Programu Erasmus+ w roku akademickim 2018/2019. Praktyka będzie realizowana jako:   * OBOWIĄZKOWA - Student jest zobowiązany do realizacji praktyki zawodowej trwającej co najmniej …………………………………………, w wymiarze ………… godzin tygodniowo, za realizację której otrzyma ………… punktów ECTS. * NIEOBOWIĄZKOWA |
| ...................................................................  *Data i podpis instytutowego/wydziałowego koordynatora/opiekuna ds. praktyk studenckich[[3]](#footnote-3)* |

1. **Uczestnictwo w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER)**

|  |
| --- |
| Oświadczam, iż w roku akademickim 2017/2018 / 2018/2019\* w semestrze zimowym / letnim\*  pobieram / nie pobieram\* stypendium socjalne.  Oświadczam, iż posiadam / nie posiadam\* orzeczenie/a o stopniu niepełnosprawności. |
| ...................................................................  *Data i podpis Studenta* |

1. **Celowość praktyki**

|  |  |
| --- | --- |
| Dlaczego zdecydował/a się Pan/i na realizację praktyki zagranicznej w ramach Programu ERASMUS+? | |
| Oświadczam, że zapoznałem/am się z dokumentem Zasady realizacji Programu ERASMUS+ Praktyki na Uniwersytecie Jagiellońskim w roku akademickim 2018/2019.  .......................................................................  *Data i podpis Studenta* | Wyrażam zgodę na wyjazd Studenta na praktykę Programu ERASMUS+ w roku akademickim 2018/2019 w okresie od ………………………………………… (dd/mm/rrrr) do ………………………………………… (dd/mm/rrrr).  .....................................................................  *Data, podpis i pieczęć Dyrektora Instytutu /Dziekana Wydziału Studenta[[4]](#footnote-4)* |

1. Minimalny okres trwania praktyki wynosi 2 miesiące. Jeden miesiąc wynosi 30 dni. Należy wpisać datę rozpoczęcia oraz datę zakończenia praktyki. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy zaznaczyć wszystkie programy w jakich student uczestniczył wraz z podaniem czasu pobytu na stypendium (miesiące) oraz poziomu studiów (studia I stopnia, II stopnia lub III stopnia) w trakcie przebywania na stypendium w ramach LLP / Erasmus+ / Leonardo da Vinci / Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego. [↑](#footnote-ref-2)
3. Podpis instytutowego/wydziałowego koordynatora/opiekuna ds. praktyk studenckich jest obowiązkowy (w przypadku realizacji praktyki Erasmus+ jako praktyki obowiązkowej, jak również jako praktyki nieobowiązkowej).

   \* Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-3)
4. Podpis Dyrektora Instytutu/Dziekana Wydziału Studenta jest obowiązkowy (w przypadku realizacji praktyki Erasmus+ jako praktyki obowiązkowej, jak również jako praktyki nieobowiązkowej). [↑](#footnote-ref-4)