****

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE WYJAZDU**

**W RAMACH ERASMUS+/TEACHING STAFF MOBILITY**

*PROSIMY O WYPEŁNIENIE WNIOSKU DRUKOWANYMI LITERAMI*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **IMIĘ I NAZWISKO** |  | |
| 1. **STAŻ PRACY** |  | |
| 1. **PESEL** |  | |
| 1. **ADRES ZAMELDOWANIA** |  | |
| 1. **NR TELEFONU** |  | |
| 1. **E- MAIL** |  | |
| 1. **WYDZIAŁ, KIERUNEK UCZELNI MACIERZYSTEJ** |  | |
| 1. **UCZELNIA PARTNERSKA**   **(nazwa, miasto, kraj)** |  | |
| 1. **TERMIN WYJAZDU**   **(dzień, miesiąc, rok)** |  | |
| *Wnioskodawca oświadcza, że w dotychczasowej korespondencji mailowej ustalił wstępnie warunki realizacji umowy bilateralnej w ramach ERASMUS+ oraz zapoznał się z zasadami kwalifikowania pracowników naukowych na wyjazdy w celu prowadzenia zajęć dydaktycznych.*  *Wnioskodawca wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych dla potrzeb Programu ERASMUS+.*  ***Podpis Wnioskodawcy***  ................................................................. | | Pieczęć i podpis  DZIEKANA WYDZIAŁU  .................................................................  **Decyzja Rektora Ateneum-Szkoły Wyższej w Gdańsku na wyjazd w ramach Programu**  ………………………………………………… |

*Wypełnia i podpisuje BWZS*

Data wpływu do BWZS Individual Teaching Programme: ..............................................