****

**Formularz kandydata do udziału w wymianie.**

zdjęcie

**Wyjazd studenta Uniwersytetu Medycznego**

**w Łodzi na praktykę do Uniwersytetu w**

**Nowym Sadzie.**

**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**  **…………………………………………………..**  (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 NOWYM SADZIE**  **University of Novi Sad. Faculty of Medicine**  **Adres: Serbia,** Hajduk Veljkova 3, Novi Sad 21000  **Strona internetowa:** <http://www.mf.uns.ac.rs/en/index.php>  **Kod Erasmusa:** SRBNOVISAD01  **Kierunek: □ MEDYCYNA □ STOMATOLOGIA**  **Zakres praktyki: Prosimy o podanie do pięciu klinik (kolejność wg preferencji)  1……………………………….**  **2………………………………**  **3……………………………..**  **4……………………………..**  **5……………………………..  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 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 2018/2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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)