**Formularz kandydata do udziału w wymianie studentów. Program Erasmus + KA171 Projekt roku 2023. Wyjazdy na studia.**

**PROSIMY WYPEŁNIĆ NA KOMPUTERZE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  | **WKLEJ ZDJĘCIE** |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Adres zameldowania:- ulica, nr, nr mieszkania- miejscowość- kod pocztowy |  |
| PESEL |  |
| Numer dowodu osobistego |  |
| Telefon |  |
| Adres do korespondencji |  |
| E-mail akademicki |  |
| WydziałKierunek studiówNumer albumu |  |
| Rok studiów (w momencie rekrutacji) |  |
| **Średnia ocen** Dla doktorantów Szkoły Doktorskiej średnią jest średnia z ostatniego ukończonego roku akademickiego, w przypadku doktorantów I roku szkoły doktorskiej ocena z dyplomu studiów II stopnia lub jednolitych studiów magisterskich. | **WYPEŁNIA CENTRUM OBSŁUGI DOKTORANTÓW****…………………………………..****(PODPIS I PIECZĘĆ PRACOWNIKA CENTRUM OBSŁUGI DOKTORANTÓW)** |
| **Poziom znajomości języka obcego, w którym Pan/Pani zamierza odbyć studia:** Ocenę z **egzaminu językowego** wpisuje **pracownik Działu Współpracy Zagranicznej** na podstawie protokołu z egzaminu językowego dostarczonego przez Centrum Nauczania Języków Obcych UMOcenę na podstawie przedstawionego oryginału **certyfikatu/ów** wpisuje **lektor lub kierownik Centrum Nauczania Języków Obcych UM** **PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KOPIĘ CERTYFIKATU** | * **ANGIELSKI**
 | **…………………………….****(OCENA )** |
| **……………………………………………………………………..** (PODPIS I PIECZĘĆ PRACOWNIKA DZIAŁU WSPÓŁPRACY ZAGRANICZNEJ LUB W PRZYPADKU CERTYFIKATU LEKTORA/KIEROWNIKA CNJO) |
| **OSIĄGNIĘCIA NAUKOWE STUDENTA****Publikacje:**- w recenzowanych czasopismach z listy filadelfijskiej z IF – ……………………  0,5pkt pierwsza, 0,25 pkt druga- w recenzowanych czasopismach zagranicznych – ……………… 0,3 punktu za pierwszą, 0,15 punktu za drugą- w polskich czasopismach z listy MNiSW – ………… 0,2 punktu za pierwszą**WPISZ LICZBĘ I DOŁĄCZ KOPIĘ PUBLIKACJI****Prace nagrodzone na sympozjach, kongresach naukowych, konferencjach lub konkursach naukowych:** - szczebel międzynarodowy – ……………………  0,5 punktu za pierwszą, 0,25 punktu za drugą- szczebel krajowy – ……………………  0,3 punktu za pierwszą, 0,15 punktu za drugą - szczebel uczelniany – ……………………  0,2 punktu za pierwszą **WPISZ LICZBĘ I DOŁĄCZ KOPIĘ POTWIERDZENIA NAGRODZONEJ PRACY****Czynny udział w kongresach i sympozjach naukowych :**- konferencje międzynarodowe – ……………………  0,5 punktu za pierwszą, 0,25 punktu za drugą- konferencje krajowe – ……………………  0,3 punktu za pierwszą, 0,15 punktu za drugą- konferencje uczelniane – ……………………  0,2 punktu za pierwszą, 0,1 punktu za drugą**WPISZ LICZBĘ I DOŁĄCZ KOPIĘ POTWIERDZENIA UDZIAŁU W KONFERENCJI/SYMPOZJUM** |
| **Aktywna działalność w kołach naukowych UM** (potwierdzona przez Opiekuna Koła)* minimum 1 rok – 0,5 punktu

………………………………… (podpis i pieczęć opiekuna koła naukowego) | **Działalność w chórze UM** (potwierdza Prezes Chóru – Katarzyna Starosta)* minimum 1 rok – 0,5 punktu

………………………………… (podpis i pieczęć) |
| **Działalność w AZS-ie UM** (potwierdza Pani KATARZYNA ROŻNIATA, KOORDYNATOR AZS-U)* minimum 1 rok – 0,5 punktu

………………………………… (podpis i pieczęć ) |
| **Program Buddy****Wypełnij jeśli brał/a Pan/Pani udział w programie Buddy tj. działanie na rzecz studentów przyjeżdzających z Uczelni Partnerskich (BUDDY)****Punkt za określone działanie może zostać przyznany tylko jednorazowo. 1 punkt zostaje przyznany jeżeli student aktywnie brał udział w programie.** **TAK ☐ NIE ☐** **……………………………………………………………………****(podpis i pieczęć Koordynatora Administracyjnego Erasmus + )** |
| **Czy brał/a Pan/Pani udział w programie Erasmus?** Nie ⬜ (1punkt) Tak, wyjazd stypendialny na studia ⬜ Tak, wyjazd stypendialny na praktykę ⬜**Jeśli tak wypełnij poniższe tabele!** |
| **Mobilność nr 1 Studia** ⬜ **Praktyka** ⬜**Długość mobilności: …………….miesięcy………..dni****Jeżeli tak prosimy o podanie czasu trwania mobilności : od …………………………do………………………..**(dokładne daty)**Placówka w której realizowana była mobilność…………………………………………………………………………………**(nazwa) |
| **Mobilność nr 2 Studia** ⬜ **Praktyka** ⬜**Długość mobilności: …………….miesięcy………..dni****Jeżeli tak prosimy o podanie czasu trwania mobilności : od …………………………do………………………..**(dokładne daty)**Placówka w której realizowana była mobilność…………………………………………………………………………………**(nazwa) |
| **Mobilność nr 3 Studia** ⬜ **Praktyka** ⬜**Długość mobilności: …………….miesięcy………..dni****Jeżeli tak prosimy o podanie czasu trwania mobilności : od …………………………do………………………..**(dokładne daty)**Placówka w której realizowana była mobilność…………………………………………………………………………………**(nazwa) |
| **Uczelnia, w której Pan/Pani zamierza podjąć studia (kolejność wg preferencji )** |
| **1.** | **2.** |
| **3.** | **4.** |
| **5.** |
| **Przy wyjazdach semestralnych wymagamy wpisania programu o wartości 30 pkt ECTS, przy wyjazdach rocznych 60 pkt ECTS.****BRAK PROGRAMU OZNACZA BRAK KWALIFIKACJI DO DANEJ UCZELNII** |
| **Program Uczelni Nr. 1** |
| PRZEDMIOTY DO ZREALIZOWNIA NA UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN | PRZEDMIOTY RÓWNOWAŻNE Z PROGRAMU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Program Uczelni Nr. 2** |
| PRZEDMIOTY DO ZREALIZOWNIA NA UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN | PRZEDMIOTY RÓWNOWAŻNE Z PROGRAMU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI | PUNKTY ECTS/ LICZBA GODZIN |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Okres pobytu:*** 2 MIESIACE
* 5 MIESIĘCY
* INNY…………….
 |
| **Czy w roku akademickim, w którym odbywa się rekrutacja tj. 2024/2025 otrzymuje Pan/Pani stypendium socjalne?** TAK ⬜ NIE ⬜ |
| **Czy jest Pan/ Pani osobą niepełnosprawną?** TAK ⬜ NIE ⬜ |
| ⬜ 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).\*⬜ Wyrażam zgodę na udostępnianie mojego uczelnianego adresu e-mail przyszłym studentom, którzy będą chcieli odbyć studia zagraniczne w ramach programu Erasmus + na tej samej uczelni na której ja studiowałem (dotyczy okresy w którym jestem studentem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi)⬜ Wyrażam zgodę na udostępnianie mojego prywatnego adresu e-mail ……………………………………................... przyszłym studentom, którzy będą chcieli odbyć studia zagraniczne w ramach programu Erasmus + na tej samej uczelni na której ja studiowałem ( dotyczy okresu do dwóch lat od zakończenia moich studiów)⬜ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zbiorczych bazach danych dla potrzeb Uniwersytetu Medycznego w Łodzi \*⬜ Zgoda na udostępnianie sprawozdania z mobilności na studia wraz z przesłanymi zdjęciami w mediach społecznościowych Umed oraz na platformach Umed…………………………………………………… …………………………………………………….miejsce, data podpis\*obowiązkoweZapoznałem się z Regulaminem Erasmus studia na rok akademicki 25-26 …………………………………………………… …………………………………………………….miejsce, data podpis\*obowiązkowe |
| **W przypadku doktorantów szkoły doktorskiej:**Opinia Dyrektora Szkoły DoktorskiejWyrażam zgodę na wyjazd Pana/Pani…………………………..na studia w ramach programu Erasmus+ w terminie………………………………………data……………………… podpis i pieczątka Dyrektora Szkoły Doktorskiej ………………………………………Opinia PromotoraWyrażam zgodę na wyjazd Pana/Pani…………………………..na studia w ramach programu Erasmus+ w terminie………………………………………data……………………… podpis i pieczątka Promotora ………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Centrum Obsługi DoktorantówZaświadczam, że w dniu…………………………….. doktorant ……………………………………………………… posiada status doktoranta szkoły doktorskiej. data……………………… podpis i pieczątka pracownika Centrum Obsługi Doktorantów ………………………………. |
| **Oświadczenie o rezygnacji z otrzymanego stypendium w ramach Programu ERASMUS +**Oświadczam, że rezygnuję ze stypendium Programu ERASMUS+ z powodu: ………………………………………………………….……………………………….……..........................................................………………………………………………………….……………………………….……..........................................................………………………………………………………….……………………………….……..........................................................………………………………………………………….……………………………….……......................................................................................................................................................................................................................... ………………….. …………………………… (data) (podpis studenta) |