**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ERASMUS+**

**WYJAZDY KADRY – PROWADZENIE ZAJĘĆ LUB UDZIAŁ   
W SZKOLENIU DYDAKTYCZNYM   
PAŃSTWA TRZECIE NIESTOWARZYSZONE Z PROGRAMEM**

**Umowa 2024**

Imię i nazwisko ..............................................................................

Wydział ASP………….……….........................................................................................................

Dane kontaktowe: nr telefonu:......................................................

zrealizowane mobilności (Erasmus LLP, Erasmus+); rok akademicki i kod uczelni przyjmującej:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Rok akademicki |  |  |  |  |  |  |
| Kod uczelni |  |  |  |  |  |  |
| Nauczanie czy szkolenie |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Rok akademicki |  |  |  |  |  |  |
| Kod uczelni |  |  |  |  |  |  |
| Nauczanie czy szkolenie |  |  |  |  |  |  |

**ZGŁOSZENIE NA WYJAZD W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+ do:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Uczelnia zagraniczna  ................................................... | Kraj, miasto  ................................. | Planowany termin realizacji wyjazdu  ................................. |

Osoby o specjalnych potrzebach (uczestnicy posiadający orzeczenie o niepełnosprawności), których indywidualna sytuacja sprawia, iż udział ich w programie byłby niemożliwy bez dodatkowego wsparcia finansowego mogą się o nie starać.

|  |
| --- |
| Czy należy Pan/Pani do grupy osób o specjalnych potrzebach? ..........................................................  \*W przypadku zakwalifikowania do wyjazdu należy w terminie dwóch tygodni od otrzymania informacji drogą mailową o zgłosić się do Biura ds. wymiany międzynarodowej. |

Data *:............................................... .............................................................*

*podpis wykładowcy*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH**

Oświadczam, że spełniam warunek znajomości języka obcego (język i poziom jego znajomości podane na stronie: https://www.asp.lodz.pl/index.php/pl/erasmus-partnerzy) wymaganego przez instytucję przyjmującą w celu realizacji programu mobilności.

Data *:..................................... .............................................................*

*podpis* **OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że jestem zatrudniony/zatrudniona w Akademii Sztuk Pięknych im. Władysława Strzemińskiego w Łodzi na podstawie umowy o pracę (umowa na czas nieokreślony/umowa na czas określony do …………………………..)\*.

Data:.*.................................... .............................................................*

*podpis*

\*proszę skreślić niepotrzebną informację i uzupełnić dane, jeśli dotyczy

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

Oświadczam, że\*:

Nie jestem w trakcie urlopu naukowego ani urlopu dla podratowania zdrowia.

Jest w trakcie urlopu naukowego do dnia ……………………… ./Jestem w trakcie urlopu dla poratowania zdrowia do dnia ……………………………….. .

Przyznano mi/Planuję wnioskować o urlop naukowy na okres ……………………………….. ./ Przyznano mi/Planuję wnioskować o urlop dla poratowania zdrowia na okres ………………………………… .

\*proszę skreślić niepotrzebne informacje i uzupełnić dane, jeśli dotyczy.

Data:.*.................................... .............................................................*

*podpis*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

Oświadczam, że spełniony został wymóg zweryfikowania z uczelnią partnerską, iż w trakcie wnioskowanego terminu mobilności w kraju instytucji przyjmującej nie ma dni wolnych od pracy w związku ze świętami.

Data:.*.................................... .............................................................*

*podpis*

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią Zasad mobilności kadry akademickiej do państw trzecich niestowarzyszonych z Programem – program Erasmus+ (umowa 2024)oraz Zasad kwalifikacji i realizacji – wyjazdy kadry nauczającej do krajów programu państw członkowskich UE i państw trzecich stowarzyszonych z Programem – program Erasmus+ umowa 2024 (2024/2025-2025/2026) i akceptuję warunki uczestnictwa.

Data:*............................................... .................................................................*

*podpis*

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią Klauzuli informacyjnej dot. ochrony danych osobowych w programie Erasmus+ oraz Warunkami przekazywania danych osobowych do państw trzecich zamieszczonych na stronie: https://asp.lodz.pl/index.php/pl/erasmus-ogloszenia

Data:............................................ *…………………………………………….*

*podpis*

Zgoda na przetwarzanie danych

Potwierdzam zapoznanie się z zapisami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych   
w programie Erasmus+ i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Akademię Sztuk Pięknych im. Władysława Strzemińskiego w Łodzi przy ul. Wojska Polskiego 121, 91-726 Łódź podanych przeze mnie danych osobowych w dokumentach aplikacyjnych złożonych w celu wnioskowania o udział w programie Erasmus+ zgodnie z zasadami określonymi w tym programie, tj. przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego.

Data:.............................................. *..............................................................   
 podpis*

Ponadto wyrażam zgodę – w przypadku zakwalifikowania mnie do programu Erasmus+- na przetwarzanie moich danych w celu udokumentowania przebiegu i rozliczenia mobilności, przekazania danych do systemów/narzędzi elektronicznych wymaganych do cyfrowego administrowania mobilnościami zgodnie z zasadami programu wymiany (Informacja   
o ochronie prywatności dla programów Erasmus+ i Europejski Korpus Solidarności: https://webgate.ec.europa.eu/erasmus-esc/index/privacy-statement), a także do promowania programu oraz upowszechniania jego rezultatów.

Data:.............................................. *.............................................................   
 podpis*

Wyrażam zgodę na przekazywanie udostępnionych przeze mnie danych instytucji przyjmującej, do której zostanę zakwalifikowany w drodze przeprowadzonej kwalifikacji do udziału w programie Erasmus+.

Data:.............................................. *.............................................................   
 podpis*

Mam świadomość, że zgodnie z art.7 ust.3 RODO, a także z art. 7 ust.3 Rozporządzenia 2018/1725 każdej osobie przysługuje prawo wycofania wyrażonej zgody w dowolnym momencie i że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, ale wycofanie zgody skutkuje brakiem możliwości uczestnictwa w programie Erasmus+.