

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

 **NA PRAKTYKI DLA OSÓB STUDENCKICH/ABSOLWENCKICH\* W ROKU AKADEMICKIM 2024/2025**

**IMIĘ**................................................………**NAZWISKO..**...........................................................................

**NR ALBUMU**.............................................................................................................................................

**WYDZIAŁ / KIERUNEK**: ………………………………………………………………………………………....

**STUDIA**: **STACJONARNE / NIESTACJONARNE** \*

**JEDNOLITE MAGISTERSKIE / LICENCJACKIE/ MAGISTERSKIE/ DOKTORANCKIE**\*

**ROK STUDIÓW**.................................................................................................

**PLANOWANY TERMIN OBRONY PRACYDYPLOMOWEJ\*\*:**……………………………………………...
**TEL**............................................................**E-MAIL**....................................................................................

**NAZWA WYBRANEJ FIRMY/INSTYTUCJI, adres, email, strona www, osoba kontaktowa:**

................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

**PLANOWANY TERMIN PRAKTYKI:** …………………………………………………………………………..

**JĘZYK OBCY WYMAGANY PRZEZ FIRMĘ/INSTYTUCJĘ:**………………………………………………...

**ZNAJOMOŚĆ WYMAGANEGO JĘZYKA w stopniu:**............................................................................ (należy załączyć potwierdzenie do wniosku)

Prawo do otrzymywania stypendium socjalnego lub orzeczenie o niepełnosprawności: TAK/NIE\*

**Wcześniejszy udział w Programie Erasmus+ (także podczas studiów w innych uczelniach), na tym samym poziomie studiów:**

**TAK / NIE** \*

Jeśli **TAK** prosimy o podanie następujących informacji:

WYJAZD NA STUDIA / WYJAZD NA PRAKTYKI \*

Rok Akademicki: 20………./20………..

Liczba miesięcy pobytu:……………..

**\***niepotrzebne skreślić

**\*\*** dotyczy tylko osób wnioskujących o praktyki absolwenckie

**Średnia za studia za poprzedni zakończony rok akademicki**: ...........................................................

**Potwierdzenie Dziekanatu**.......................................................................................................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udziału w Programie Erasmus+, zgodnie z  art. 6 ust. 1 lit. a) rozporządzenia 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.

Administratorem danych osobowych jest Akademia Sztuk Pięknych w Warszawie, ul.  Krakowskie Przedmieście 5; 00-065 Warszawa. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować na adres e-mail: iodo@asp.waw.pl. Celem przetwarzania danych osobowych jest uczestniczenie w Programie Erasmus+. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Akademię danych osobowych znajdują się na stronie internetowej pod adresem: [www.asp.waw.pl/dane-osobowe/](http://www.asp.waw.pl/dane-osobowe/)

**Data**......................................................................**Podpis**.........................................................................

**WYPEŁNIA WYDZIAŁ:**

Decyzja Prodziekana Wydziału oraz Wydziałowego Koordynatora Programu Erasmus+:

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................