

**FORMULARZ APLIKACYJNY
PROGRAM PO WER**

**ROK AKADEMICKI/.....
SEMESTR ZIMOWY/ LETNI**

DANE OSOBOWE STUDENTA:

Imię: Nazwisko: Numer albumu:

Kierunek i semestr studiów: Stopień studiów:

Data i miejsce urodzenia: Nr telefonu:

Adres do korespondencji:

.....

E-mail:

PREFEROWANE UCZELNIE ZAGRANICZNE/MIEJSCE REALIZACJI PRAKTYK* ZAGRANICZNYCH:

Uczelnia zagraniczna/ Miejsce odbywania praktyk:	Państwo, miasto
1.
2.
3.

Proszę krótko uzasadnić, dlaczego chciałby/chciałaby Pan/Pani studiować/realizować praktykę* zagranicą?

.....

.....

.....

- Jestem zainteresowany/a wyjazdem na studia/praktykę w ramach Programu PO WER bez grantu (dofinansowania).²
- Nie jestem zainteresowany/a wyjazdem na studia/praktykę w ramach Programu PO WER bez grantu (dofinansowania).²

KRYTERIA KWALIFIKACJI

1. Średnia ocen z dwóch ostatnich zaliczonych semestrów:
(Wypełnia WSEiZ)

2. Proszę ocenić znajomość języka obcego w skali od 1 do 5, gdzie 1 to bardzo słabo, 5 to bardzo dobrze.

Język obcy	mówienie	czytanie	pisanie
.....
.....

Czy posiada Pan/-i certyfikat potwierdzający znajomość języka obcego, jeśli tak, to jaki? (prosimy dołączyć kopię)

.....
.....

3. Proszę przedstawić zaangażowanie w działalność naukową lub organizacyjną WSEiZ (np. członkostwo w kołach naukowych, uczestnictwo w konferencjach naukowych, działalność w Samorządzie Studenckim, itp.)

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

4. Proszę opisać aktywność poza Uczelnią (np. aktywność społeczna w organizacjach pozarządowych, itp.)

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

Oświadczam, że:

nie byłem/am stypendystą programu PO WER. ☒

byłem/am stypendystą programu PO WER. Proszę wskazać rodzaj i czas trwania stypendium ☒

.....

Oświadczam, że:

otrzymuję stypendium socjalne;

nie otrzymuję stypendium socjalnego.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że stypendium programu nie pokrywa wszystkich kosztów związanych z pobytem, zakwaterowaniem oraz podróżą, a stanowi jedynie dofinansowanie wyjazdu.

Zgadzam się na wykorzystanie mojego adresu e-mail do celów rekrutacyjnych.

Warszawa, dn.
(data)

.....
(podpis studenta)

DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU NA STUDIA/PRAKTYKI ZAGRANICZNE* W ROKU AKADEMICKIM/.....

Zakwalifikowany/a na studia/praktyki* w:
(nazwa uczelni/miejsca realizacji praktyk*)

Państwo, miasto

Wyjazd w semestrze

.....

Warszawa, dn.
(data)

.....
(podpis Uczelnianego Koordynatora ds. Programu Erasmus)

* niepotrzebne skreślić