



WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA W WARSZAWIE

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA NA PRAKTYKI ZA GRANICĄ W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+ ROK AKADEMICKI

Kierunek studiów/specjalność.....
Nr albumu studenta..... Rok studiów (w czasie rekrutacji)..... Tryb studiów.....

DANE OSOBOWE STUDENTA (wypełnia Student składający wniosek pismem drukowanym)

Nazwisko:..... Imię/imiona:.....
Data urodzenia:..... Miejsce urodzenia:.....
e-mail:..... Telefon:.....
Aktualny adres zamieszkania:.....
Stały adres zameldowania:.....
Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności :

ZGŁOSZENIE NA WYJAZD NA PRAKTYKI ZAGRANICZNE DO:

Nazwa instytucji przyjmującej na praktykę	Kraj, miasto	Okres praktyki	Wyjazd w terminie
1.....
2.....

Proszę krótko uzasadnić, dlaczego Pan/Pani chciałby/chciałaby odbyć praktykę za granicą?
Czy posiada Pan/Pani doświadczenie zawodowe? Jeśli tak, jakie?

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



WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA W WARSZAWIE

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH

*Proszę określić znajomość języka obcego wg skali:
bardzo dobrze (bdb), dobrze (db), dostatecznie (dst)*

Język obcy	czytam	piszę	rozumiem mowę	mówię
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Posiadam CERTYFIKAT/Y potwierdzający/e znajomość języka obcego (proszę wymienić jaki/jakie)
.....

DOTYCHCZASOWY PRZEBIEG STUDIÓW

Średnia ocen z poszczególnych semestrów													
<i>Średnią ocen z poszczególnych semestrów wpisuje i potwierdza pracownik dziekanatu</i>													
I		II		III		IV		V		VI		VII	

.....
data/podpis pracownika dziekanatu

Czy Pan/Pani odbywał/a już praktyki za granicą?	tak	nie
Jeśli tak: kiedy, jak długo, w jakiej instytucji?.....		
.....		
Czy Pan/Pani odbywał/a praktyki za granicą w ramach programu ERASMUS / ERASMUS+?	tak	nie

DANE OSOBY, Z KTÓRĄ NALEŻY KONTAKTOWAĆ SIĘ W RAZIE KONIECZNOŚCI

Imię i nazwisko:.....

Adres:.....

Telefon:.....

.....
data/podpis studenta

DECYZJA o zakwalifikowaniu się na praktyki zagraniczne w roku akademickim

Zakwalifikowany na praktyki do: nazwa instytucji	Kraj, miasto	Okres praktyki	Wyjazd w terminie
.....
Niezakwalifikowany			

.....
data/podpis koordynatora programu ERASMUS+