**POROZUMIENIE O PROGRAMIE ZAJĘĆ DLA MOBILNOŚCI OSÓB UCZĄCYCH SIĘ W RAMACH SEKTORA KSZTAŁCENIE I SZKOLENIA ZAWODOWE W PROGRAMIE ERASMUS+**

**I. DANE UCZESTNIKA**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko uczestnika:      Dziedzina kształcenia zawodowego:       Organizacja wysyłająca (nazwa, adres):       Osoba do kontaktu (imię i nazwisko, stanowisko, e-mail, tel.):        |

**II. OPIS PROPONOWANEGO PROGRAMU SZKOLENIA ZA GRANICĄ**

|  |
| --- |
| Organizacja przyjmująca (nazwa, adres):       Osoba do kontaktu (imię i nazwisko, stanowisko, e-mail, tel.):        |

|  |
| --- |
| Planowana data rozpoczęcia i zakończenia okresu mobilności:        |

|  |
| --- |
| **Wiedza, umiejętności i kompetencje, jakie mają zostać nabyte**:  |
| **Szczegółowy program szkolenia**:  |
| **Zadania uczestnika**:  |
| **Metody monitorowania i opieki mentorskiej nad uczestnikiem**: |
| **Ewaluacja i walidacja szkolenia**:   |

**III. ZOBOWIĄZANIE ZAANGAŻOWANYCH STRON**

**Poprzez złożenie podpisu na niniejszym dokumencie, uczestnik, organizacja wysyłająca i organizacja przyjmująca (*oraz organizacja pośrednicząca, jeśli uczestniczy w projekcie)\** potwierdzają, że będą przestrzegać zasad *Zobowiązania do zapewnienia jakości mobilności*.**

\* *prosimy o dodanie tabeli na podpis przedstawiciela instytucji pośredniczącej, jeśli występuje*

|  |
| --- |
| **UCZESTNIK**Podpis uczestnika........................................................................... Data: …………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **ORGANIZACJA WYSYŁAJĄCA**Potwierdzamy, że zaproponowany program stażu został zatwierdzony. Po zakończeniu stażu, organizacja wystawi uczestnikowi ……….. [*np. dokument Europass Mobilność, certyfikat, inną formę walidacji/uznania…]* |
| Podpis koordynatora............................................................................ | Data: ................................................................... |

|  |
| --- |
| **ORGANIZACJA PRZYJMUJĄCA**Potwierdzamy, że zaproponowany program stażu został zatwierdzony. Po zakończeniu stażu, organizacja wystawi uczestnikowi ………. [*Certyfikat* …] |
| Podpis koordynatora............................................................................. | Data: ................................................................... |