**POROZUMIENIE O PROGRAMIE ZAJĘĆ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Dane uczestników** | |
| Dane kontaktowe organizacji wysyłającej | |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| Telefon/fax |  |
| E-mail |  |
| Adres strony internetowej |  |
| Osoba kontaktowa |  |
| Telefon/fax |  |
| E-mail |  |
| Dane kontaktowe organizacji przyjmującej | |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| Telefon/fax |  |
| E-mail |  |
| Adres strony internetowej |  |
| Osoba kontaktowa |  |
| Tutor/mentor |  |
| Telefon/fax |  |
| E-mail |  |
| Dane kontaktowe uczestnika | |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Telefon/fax |  |
| E-mail |  |
| Data urodzenia | (dd/mm/rrrr) |
| Płeć | ☐ Mężczyzna  ☐ Kobieta |
| Dane kontaktowe rodziców lub prawnych opiekunów (jeśli dotyczy) | |
| Imię inazwisko |  |
| Adres |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |
| Dane organizacji pośredniczącej (jeśli uczestniczy w projekcie) | |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| Telefon/fax |  |
| E-mail |  |
| Adres strony internetowej |  |
| Osoba kontaktowa |  |
| Telefon/fax |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Czas trwania mobilności zagranicą** | |
| Data rozpoczęcia szkolenia | (dd/mm/rrrr) |
| Data zakończenia szkolenia | (dd/mm/rrrr) |
| Długość szkolenia | (liczba tygodni) |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Kwalifikacje uczestnika – z uwzględnieniem informacji o jego postępach (wiedza, umiejętności i kompetencje już zdobyte)** | |
| Nazwa kwalifikacji posiadanych przez uczestnika (prosimy również podać nazwę w języku partnerstwa, jeśli ma to zastosowanie) |  |
| Poziom ERK (jeśli dotyczy) |  |
| Poziom KRK (jeśli dotyczy) |  |
| Informacja nt postępów uczestnika w odniesieniu do ścieżki kształcenia (informacja nt posiadanych wiedzy, umiejętności i kompetencji może być przedstawiona w załączniku) |  |
| Załączniki | ☐ Suplement do Dyplomu/Świadectwa Europass  ☐ Europass CV  ☐ Europass Mobilność  ☐ Paszport Językowy Europass  ☐ Europejski Paszport Umiejętności  ☐ (Jednostka/i) efektów uczenia się już osiągniętych przez uczestnika  ☐ Inne: jakie? |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Opis efektów uczenia się, które mają zostać osiągnięte podczas mobilności** | |
| Nazwa jednostki (jednostek)/grup efektów uczenia się/części jednostek, które mają być osiągnięte |  |
| Liczba punktów ECVET, które mają zostać zaliczone podczas mobilności | Jeśli dotyczy |
| Efekty uczenia się, które mają zostać osiągnięte |  |
| Opis działań szkoleniowych (np. miejsce szkolenia, zadania uczestnika, kursy) |  |
| Załączniki | ☐ Opis jednostki (jednostek)/grup efektów uczenia się, których dotyczy mobilność  ☐ Opis działań szkoleniowych  ☐ Indywidualny plan rozwoju uczestnika zagranicą  ☐ Inne: jakie? |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Ocena i dokumentowanie** | |
| Osoba (osoby) odpowiedzialna za ocenę efektów uczenia się osiągniętych przez uczestnika | Imię i nazwisko: |
| Organizacja, stanowisko: |
| Ocena efektów uczenia się | Data oceny: dd/mm/rrrr |
| Metoda: jaka? |
| Kiedy i w jaki sposób ocena zostanie udokumentowana? |  |
| Prosimy załączyć | ☐ Szczegółowy opis procesu oceny (np. metody, kryteria, formularz)  ☐ Wzór dokumentu, w którym wykazane zostaną osiągnięte efekty uczenia się (np. Indywidualny wykaz osiągnięć lub certyfikat Europass Mobilność)  ☐Indywidualny plan rozwoju uczestnika zagranicą  ☐ Inne: jakie? |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Walidacja i uznanie** | |
| Osoba (osoby) odpowiedzialne za walidację efektów uczenia się osiągniętych przez uczestnika zagranicą | Imię i nazwisko: |
| Organizacja, stanowisko: |
| Przebieg procesu walidacji efektów uczenia się |  |
| Proces walidacji | Data: dd/mm/rrrr |
| Metoda: jaka? |
| Osoba (osoby) odpowiedzialne za uznanie efektów uczenia się osiągniętych przez uczestnika zagranicą | Imię i nazwisko: |
| Organizacja, stanowisko: |
| Przebieg procesu uznania efektów uczenia się |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Podpisy** | | |
| **Organizacja wysyłająca/kraj** | **Organizacja przyjmująca/kraj** | **Uczestnik** |
|  |  |  |
| Imię i nazwisko, stanowisko | Imię i nazwisko, stanowisko | Imię i nazwisko |
|  |  |  |
| Miejscowość, data | Miejscowość, data | Miejscowość, data |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jeśli dotyczy: Organizacja pośrednicząca** | **Jeśli dotyczy: Rodzic lub prawny opiekun** |
|  |  |
| Imię i nazwisko, stanowisko | Imię i nazwisko, rola |
|  |  |
| Miejscowość, data | Miejscowość, data |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Dodatkowe informacje** |

|  |
| --- |
| 1. **Załączniki** |