**PROGRAM SZKOLENIA DLA MOBILNOŚCI KADRY W RAMACH PROJEKTU „Międzynarodowa mobilność edukacyjna uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego” realizowanego ze środków PO WER na zasadach programu Erasmus+ sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe**

**I. DANE UCZESTNIKA**

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **Szczegółowy program szkolenia** |
|  |
| **Metody monitorowania przebiegu szkolenia** |
|  |
| **Sposób wykorzystania wyników i ewaluacja** |
|  |

**III. ZOBOWIĄZANIE ZAANGAŻOWANYCH STRON**

**Poprzez złożenie podpisu na niniejszym dokumencie, uczestnik, organizacja wysyłająca i organizacja przyjmująca (oraz organizacja pośrednicząca, jeśli uczestnicy w projekcie) potwierdzają, że będą realizować program szkolenia jak opisano powyżej.**

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

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

|  |
| --- |
| **ORGANIZACJA WYSYŁAJĄCA**Zobowiązujemy się zrealizować proponowany program szkolenia. |
| Podpis koordynatora............................................................................. | Data: ................................................................... |

|  |
| --- |
| **ORGANIZACJA PRZYJMUJĄCA**Zobowiązujemy się zrealizować proponowany program szkolenia. |
| Podpis koordynatora............................................................................. | Data: ................................................................... |

|  |
| --- |
| **ORGANIZACJA POŚREDNICZĄCA (jeśli dotyczy)**Zobowiązujemy się zrealizować proponowany program szkolenia. |
| Podpis koordynatora............................................................................. | Data: ................................................................... |