Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**w ramach projektu *„*Podniesienie kompetencji kadry akademickiej i potencjału instytucji w przyjmowaniu osób z zagranicy - Welcome to Poland”, nr umowy PPI/WTP/2019/1/00049/U/00001**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** | | | | | |
| **Imię (imiona) i nazwisko:** |  | | | | |
| **Płeć:** | Kobieta Mężczyzna | | | | |
| **PESEL:** |  | | | | |
| **KONTAKT** | | | | | |
| **Telefon stacjonarny:** |  | | **Telefon komórkowy:** |  | |
| **Adres e-mail:** |  | | | | |
| **ZATRUDNIENIE** | | | | | |
| **Nazwa i kod jednostki zatrudnienia:** |  | | | | |
| **Tytuł szkolenia** | *Proszę o zaznaczenie wybranego szkolenia (maksymalnie jednego z każdego zakresu):* | | | | |
| *Zakres tematyczny* | *Tytuł szkolenia* | | | |
| *wielokulturowość* | *Zrozumieć kulturę i wielokulturowość* | | |  |
| *Rozwijamy kompetencje - komunikacja międzykulturowa* | | |  |
| *Rozwijamy kompetencje - współpraca w środowisku międzykulturowym* | | |  |
| *język angielski UE* | *Zrozumieć dokumentację grantową* | | |  |
| *Rozwijamy kompetencje – współpraca w celu uzyskania wsparcia UE/ grantu* | | |  |
| *Granty – dlaczego TAK?* | | |  |
| *budowanie marki* | *Budowanie wizerunku uczelni na arenie międzynarodowej z wykorzystaniem nowoczesnego marketingu* | | |  |
| *Budowanie wizerunku uczelni na rynkach zagranicznych z wykorzystaniem social media* | | |  |
| *Budowanie wizerunku uczelni na rynku międzynarodowym z wykorzystaniem działań public relations* | | |  |
| **DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:** | - Formularz zgłoszeniowy uczestnika projektu  - Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych | | | | |
| **OŚWIADCZENIA** | | | | | |
| **Oświadczam, że jestem nauczycielem/pracownikiem administracyjnym WUM.**  **Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjności uprawniające do udziału w Projekcie.**  **Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Warszawski Uniwersytet Medyczny w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.**  ………………………………….. …………………………………………  Miejscowość i data Podpis wnioskodawcy | | | | | |