W odniesieniu do mobilności typu STA zrealizowanej w

|  |  |
| --- | --- |
| Wydziale |  |

w ramach Programu Erasmus+ KA 103 / KA131

Potwierdzam, że:

|  |  |
| --- | --- |
| Pani/Pan |  |
| z uczelni partnerskiej |  |
| w okresie od (DD.MM.RRRR) |  | do (DD.MM.RRRR) |       |

Zrealizował/a w naszym wydziale:

|  |  |
| --- | --- |
| Godzin wykładów: |  |
| w języku: |  |
| w ramach dziedziny [ISCED-F 2013]: |  |

Dla grupy studentów stopnia:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  I (EQF level 6) | Ilość uczestników: |
| [ ]  II (EQF level 7) | Ilość uczestników: |
| [ ]  III (EQF level 8) | Ilość uczestników: |

Zgodnie z wykazem tematów wskazanym
w uprzednio zatwierdzonym Teaching Mobility Agreement

|  |
| --- |
| Osoba bezpośrednio nadzorująca pobyt uczestnika mobilności w wydziale Data, pieczęć i podpis  |
| Wydziałowy Koordynator Programu Erasmus+ Data, pieczęć i podpis |

Dokument obiegu wewnętrznego. Sporządzany po realizacji mobilności Erasmus+ pracownika uczelni partnerskiej w wydziale. Przekazywany do BSZ przez koordynatora wydziałowego osobiście lub pocztą wew. PCz.