W odniesieniu do mobilności typu STT 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) |       |

Brał udział w naszym wydziale w:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

Zgodnie z wykazem wskazanym
w uprzednio zatwierdzonym Training Mobility Agreement.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Szkolenie dotyczyło rozwijania kompetencji dydaktycznych i/ lub umiejętności w zakresie opracowywania programów nauczania | [ ]  Tak | [ ]  Nie |

Potwierdzam również, że planowane aktywności w ramach programu mobilności wskazanego w Training Mobility Agreement zostały zrealizowane.

|  |
| --- |
| 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.