 

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ**

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ERASMUS+

**ΚΩΔΙΚΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ:** G THESSAL02

**Ακαδημαϊκό Έτος Μετακίνησης:** 202..-202..

**Προς το Τμήμα:** ………………………………

***Η παρούσα αίτηση να συμπληρώνεται ηλεκτρονικά***

**Προσωπικά Στοιχεία:**

|  |
| --- |
| Επώνυμο: |
| Όνομα: |
| Πατρώνυμο: |
| Μητρώνυμο: |
| Ημερομηνία Γέννησης: |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου: |
| Εθνικότητα: |
| ΑΦΜ/ΔΟΥ: |
| ΑΜΚΑ: |
| Τηλέφωνο Οικίας: |
| Κινητό Τηλέφωνο: |
| Οδός Διεύθυνσης Μόνιμης Κατοικίας:Αριθμός:Τ.Κ.:Πόλη: |
| Email ακαδημαϊκό (Η επικοινωνία θα γίνεται αποκλειστικά και μόνο με το e-mail που σας χορήγησε το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας): |
| Email προσωπικό (προαιρετικά): |

**Στοιχεία Σπουδών:**

|  |
| --- |
| Προηγούμενες μετακινήσεις κατά τις δυο (2) τελευταίες προσκλήσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος για πρακτική άσκηση erasmus: Καμία 🞎 1 φορά 🞎 2 φορές 🞎 Περισσότερες από 2 φορές **🞎** |
| Μέσος όρος των επιτυχώς εξετασθέντων μαθημάτων μέχρι και την εξεταστική του εξαμήνου φοίτησηςπου ορίζεται στην προκήρυξη: |
| Έτος φοίτησης κατά τη χρονική στιγμή κατάθεσης του παρόντος αιτήματος: |
| Αριθμός ανεπιτυχώς εξετασθέντων μαθημάτων κατά τη χρονική στιγμή κατάθεσης του αιτήματος μετακίνησης: |
| Οφείλονται μαθήματα/ πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου κατά την περίοδο της αίτησης: ΝΑΙ 🞎 |
| Γλώσσα και επίπεδο πιστοποιημένης επάρκειας στη γλώσσα που ζητείται από τον φορέα υποδοχήςΓλώσσα: Επίπεδο Γ2/C2 🞎 Επίπεδο Γ1/C1 🞎 Επίπεδο B2 🞎 Άλλο Επίπεδο …….. |
| Σημειώστε αν ανήκετε στην κατηγορία των ΑΜΕΑ βάσει του Ν. 4186 (ΦΕΚ 193/17-09-2013) Ναι 🞎 Όχι 🞎 |

**Επιθυμώ να πραγματοποιήσω μία περίοδο πρακτικής άσκησης στο πλαίσιο του Προγράμματος Erasmus+ για την ανώτατη εκπαίδευση στον παρακάτω Φορέα Υποδοχής (επιχείρηση/Ίδρυμα κτλ):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Όνομα, Χώρα, και Email Φορέα Υποδοχής**  |  |
| **Κλάδος Δραστηριότητας** |  |
| **Δημόσιος ή Ιδιωτικός Φορέας** |  |
| **Διάρκεια Πρακτικής Άσκησης σε Μήνες** |  |
| **Ημερομηνίας Έναρξης και Λήξης Πρακτικής Άσκησης** |  |

Σε περίπτωση που επιλεγώ γνωρίζω:

ότι έχω την αποκλειστική ευθύνη της προσκόμισης όλων των απαραίτητων εγγράφων για την καταβολή της υποτροφίας μου,

ότι φέρω όλη την ευθύνη για τις ημερομηνίες μετακίνησης μου, που θα δηλώσω στη Σύμβαση Πρακτικής Άσκησης και πως η εκκαθάριση της υποτροφίας μου θα γίνει με την επιστροφή μου σύμφωνα με τα έγγραφα του Φορέα Υποδοχής,

ότι για την παραμονή μου στο εξωτερικό επιπλέον των επιχορηγούμενων ημερών (από τις ημερομηνίες που έχω δηλώσει), πρέπει τουλάχιστον ένα μήνα πριν τη ολοκλήρωση της εγκεκριμένης περιόδου ERASMUS στο εξωτερικό, να ζητήσω την έγγραφη έγκριση (μέσω e-mail: erasmus@uom.edu.gr) του κεντρικού γραφείου ERASMUS του Πανεπιστήμιο Μακεδονίας και του Φορέα Υποδοχής (δεν ισχύει για ημερομηνίες προγενέστερες της ημερομηνίας έναρξης της υποτροφίας),

ότι η επικοινωνία μου με το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας θα γίνεται αποκλειστικά με το e-mail που μου έχει δοθεί ως φοιτητής/τρια του Πανεπιστημίου Μακεδονίας,

ότι οφείλω μέσα σε 3 εβδομάδες από την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων να επικοινωνήσω με το Γραφείο ERASMUS σε περίπτωση που δεν επιθυμώ την αποδοχή της θέσης και να συμπληρώσω τα απαραίτητα έγγραφα.

Συμφωνώ να δίνεται το email μου σε περίπτωση που ζητηθεί από άλλους φοιτητές ERASMUS: Ναι 🞎 Όχι 🞎

Έχω ενημερωθεί και γνωρίζω ότι τα προσωπικά μου δεδομένα συλλέγονται και τίθενται σε επεξεργασία για τους σκοπούς της αξιολόγησης και της μετακίνησής μου στο πλαίσιο του Προγράμματος Erasmus. 🞎

(Επισημαίνουμε ότι τα δεδομένα σας τηρούνται απολύτως εμπιστευτικά και δε διαβιβάζονται σε τρίτους χωρίς προηγούμενη ενημέρωση και ρητή συγκατάθεσή σας.)

**Ημερομηνία: ………/………../202…**

 **Ο/Η αιτών/ούσα**

**(Υπογραφή)**

***Συνημμένα έγγραφα που υποβάλλονται ηλεκτρονικά στον Διοικητικά Υπεύθυνο του Τμήματος:***

* Πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας με τον μέσο όρο των επιτυχώς εξετασθέντων μαθημάτων συμπεριλαμβανομένου του αριθμού των ανεπιτυχώς εξετασθέντων μαθημάτων
* Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας/Διαβατηρίου
* Πιστοποιητικό Ξένης Γλώσσας
* Αποδεικτικό αποδοχής από το φορέα πρακτικής
* Εκκαθαριστικό σημείωμα ατομικό και οικογενειακό .
* Μόνο για τις περιπτώσεις ΑΜΕΑ: Ιατρική γνωμάτευση από Δημόσιο Νοσοκομείο, όχι παλαιότερη των τριών μηνών ή /και βεβαίωση ΚΕΠΑ ή άλλο επίσημο πιστοποιητικό εν ισχύ.