 

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ**

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΣΠΟΥΔΕΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ERASMUS+

**ΚΩΔΙΚΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ:** G THESSAL02

**Ακαδημαϊκό Έτος Μετακίνησης:** 2020-2021

**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 σπουδές: Καμία 🞎 1 φορά 🞎 2 φορές 🞎 Περισσότερες από 2 φορές **🞎** |
| Μέσος όρος των επιτυχώς εξετασθέντων μαθημάτων μέχρι και την εξεταστική του Σεπτεμβρίου η οποία πραγματοποιήθηκε στο ίδιο με την αίτηση ακαδημαϊκό έτος: |
| Έτος φοίτησης κατά τη χρονική στιγμή κατάθεσης του παρόντος αιτήματος: |
| Αριθμός μαθημάτων ανεπιτυχώς εξετασθέντων μαθημάτων κατά τη χρονική στιγμή κατάθεσης του Αιτήματος: |
| 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 σπουδών μου στο πλαίσιο του Προγράμματος Erasmus+ για την ανώτατη εκπαίδευση σε ένα από τα παρακάτω Πανεπιστήμια με την παρακάτω σειρά προτεραιότητας:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Όνομα και Κωδικός Πανεπιστημίου Υποδοχής**(βλ. πίνακα συνεργαζόμενων ιδρυμάτων) | **Εξάμηνο κατά το οποίο επιθυμώ να μετακινηθώ****(Χειμερινό ή Εαρινό)** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |

Σε περίπτωση που επιλεγώ γνωρίζω:

ότι έχω την αποκλειστική ευθύνη της προσκόμισης όλων των απαραίτητων εγγράφων για την καταβολή της υποτροφίας μου, όπως: Σύμβαση Σπουδών, Υπεύθυνη Δήλωση, φωτοτυπία τραπεζικού λογ/μου, και εκκαθαριστικού εφορίας (για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες).

ότι φέρω όλη την ευθύνη για τις ημερομηνίες μετακίνησης μου, που θα δηλώσω στη Σύμβαση Σπουδών και πως η εκκαθάριση της υποτροφίας μου θα γίνει με την επιστροφή μου σύμφωνα με τα έγγραφα του Πανεπιστημίου 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 Πανεπιστημίου Υποδοχής (δεν ισχύει για ημερομηνίες προγενέστερες της ημερομηνίας έναρξης της υποτροφίας).

ότι κατά τη διάρκεια (ημερομηνίες που έχω δηλώσει) της παραμονής μου στο εξωτερικό με υποτροφία ERASMUS δεν μπορώ να ορκιστώ και 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 τον διοικητικά υπεύθυνο του Τμήματος που έχω επιλεγεί προκειμένου να ενημερώσω για την αποδοχή ή μη της θέσης και να συμπληρώσω τα απαραίτητα έγγραφα.

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

**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
* Υπεύθυνη Δήλωση (https://www.uom.gr/erasmus-office/pos-ypobalete-aithsh)
* Εκκαθαριστικό σημείωμα (οικογενειακό και προσωπικό εάν υπάρχει) φορολογικού έτους 2018
* Πιστοποιητικό Ξένης Γλώσσας
* 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.