*Uzupełniony Formularz, podpisany przez Opiekuna naukowego oraz Dziekana Wydziału wraz ze skanem podpisanej przez zgłaszanego Profesora Gościnnego Klauzuli RODO należy przesłać do Działu Współpracy Międzynarodowej na nazwisko p. Katarzyny Włodkowskiej-Łoziak lub drogą mailową na adres:* [*visiting.professors@uj.edu.pl*](mailto:visiting.professors@uj.edu.pl)

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane zgłaszanego Profesora Gościnnego:** | |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Tytuł naukowy:** |  |
| **Narodowość:** |  |
| **Jednostka, w której zatrudniony jest Profesor Gościnny:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Numer telefonu kontaktowego** (wraz z numerem kierunkowym): |  |
| **Kraj, z którego nastąpi przyjazd:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jednostka UJ zgłaszająca Profesora Gościnnego:** | |
| **Wydział:** |  |
| **Instytut/ Katedra/ Zakład:** |  |
| **Stopień/ tytuł naukowy Opiekuna naukowego:** |  |
| **Imię i nazwisko opiekuna naukowego** |  |
| **Adres email Opiekuna naukowego** (w domenie @uj.edu.pl) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące planowanych zajęć dydaktycznych (nie mniej niż 60 godzin):** | | | | |
| **Planowany tryb zajęć\*** | Stacjonarny | Hybrydowy | | Zdalny |
| **Forma zaliczenia kursu:\*** | Zaliczenie | Ocena | | Zaliczenie z oceną |
| **Ilość planowanych do przeprowadzenia godzin dydaktycznych (nie mniej niż 60h):** |  | | | |
| **Tytuł kursu/ kursów:** |  | | | |
| **Termin kursu:** | Od (dd-mm-rrrr): | | Do (dd-mm-rrrr): | |
| **Forma zatrudnienia w jednostce:\*** | Umowa zlecenie | | Umowa o dzieło | |

\*zakreślić właściwe

|  |  |
| --- | --- |
| **oświadczenia Wydziałowego Opiekuna:** | |
| Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem/am się z wymaganiami Programu Visiting Professors, a zgłaszana przeze mnie osoba je spełnia. Jednocześnie podejmuję się opieki merytorycznej nad Gościem, w tym opieki związanej z procesem uruchomienia kursów oraz zatrudnieniem w Jednostce. | |
| **Data:** |  |
| **Podpis:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Akceptacja zgłoszenia przez Dziekana Wydziału:** | |
| Niniejszym akceptuję i popieram powyższe zgłoszenie. | |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Data:** |  |
| **Podpis i pieczęć:** |  |