**FORMULAR APLIKIMI PËR PERSONELIN PËR TRAJNIM**

Mirë se vini në aplikimin për programin Erasmus + për shkëmbim personeli për trajnim në **Tallinn Health Care College në Tallinn, Estoni!**

Ju falenderojmë për interesin tuaj për të aplikuar në këtë program! Ju lutemi, lexoni me kujdes formularin dhe sigurohuni që informacioni Juaj të jetë i plotë dhe i saktë. Nëse keni ndonjë pyetje / çështje të paqartë, mos hezitoni të na kontaktoni në adresën [international@univlora.edu.al](mailto:international@univlora.edu.al).

**INFORMACIONE PERSONALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Emri** |  |
| **Mbiemri** |  |
| **Gjinia** | Femër □ Mashkull □ |
| **Datëlindja** (dita/muaji/viti) | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **Vendbanimi /Adresa** |  |
| **Adresa elektronike** (e-mail) |  |
| **Telefoni** |  |

**EDUKIMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sektori ku punoni në UV** |  |
| **Pozicioni që zotëroni** |  |
| **A keni pasur eksperiencë pune të mëparshme në Universitet/ institucion tjetër përveç UV-së?**  (listo eksperiencën më të fundit) | Po □ Jo □  Nëse Po: Emri i Universitetit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pozicioni i punës atje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Aftësi Gjuhësore**  (Përzgjidh me **X** gjuhën dhe nivelin gjuhësor që dispononi për secilën gjuhë) | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Niveli gjuhësor** | | | | **Gjuha** | I avancuar | Mesatar | Fillestar | | Anglisht |  |  |  | | Italisht |  |  |  | | Tjetër: |  |  |  | |
| **A keni përfituar më parë nga programe të financuara nga Komisioni Evropian (p.sh Erasmus + etj), Fondacione të ndryshme etj?** | Po □ Jo □  Nëse Po: Emri i programit :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Periudha e përfitimit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**PYETJE PËRSHKRUESE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Listoni kualifikime apo trajnime më kryesore profesionale** |  |
| **Cilësoni disa nga pritshmëritë tuaja nga pjesëmarrja në programin ku po aplikoni** |  |
| **Përshkruani shkurtimisht si do të vini në funksion të UV-së aftësitë e përfituara nga ky program?** |  |

Emër / Mbiemër / Firmë Data e nënshkrimit

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\

Unë vërtetoj se informacioni mbi këtë formular është i saktë. Çdo informacion i rremë mund të çoj në mos kualifikimin tim në këtë aplikim.