**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.

**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.