***Prilog 1.***

**Škola za medicinske sestre Vinogradska**

**Vinogradska cesta 29**

**na privremenoj adresi Ulica grada Vukovara 68**

**10 000 Zagreb**

**Referentni broj projekta: 2025-1-HR01-KA122-VET-000342586**

**Naziv projekta: Medicina spaja: Rastemo kroz Erasmus**

**MOTIVACIJSKO PISMO**

**Ime i prezime:**

**Adresa:**

**E-mail adresa:**

*Motivacijsko pismo opisni je dio Vaše prijave za odabir nastavnika u pratnji-sudionika mobilnosti u okviru Erasmus + programa Agencije za mobilnost i programe EU u kojem se trebate ukratko predstaviti, te opisati:*

*1. Vaše interese*

*2. Razloge prijave na odabir nastavnika u pratnji*

*3. Vašu motiviranost za odlazak kao pratitelj učenicima u inozemstvo*

*4. Vještine koje odgovaraju projektu (komunikacijske vještine, timski rad, rješavanje problema)*

*5. Planirane aktivnosti i potencijalna vrijednost koju ćete ostvariti nakon realizacije mobilnosti*

*6. Vaše pristajanje na SVE uvjete poziva za sudjelovanjem*

***Prilog 2.***

Škola za medicinske sestre Vinogradska

Vinogradska cesta 29

na privremenoj adresi Ulica grada Vukovara 68

10 000 Zagreb

Referentni broj projekta: 2025-1-HR01-KA122-VET-000342586

Naziv projekta: Medicina spaja: Rastemo kroz Erasmus

**PRIJAVNI OBRAZAC**

**za odabir nastavnika u pratnji kratkotrajne učeničke mobilnosti u svrhu učenja**

|  |  |
| --- | --- |
| **Šifra:**(radi osiguravanja anonimnosti prilikom objavu rezultata, ovdje upišite svoju šifru) |  |
| **Ime i prezime:** |  |
| **Zvanje/zanimanje:** |  |
| **Datum rođenja:** |  |
| **Adresa:** |  |
| **OIB:** |  |
| **Broj osobne iskaznice:** |  |
| **IBAN:** |  |
| **Broj telefona/mobitela** |  |
| **E-mail adresa**  |  |
| **Sudjelovanje u prethodnim projektima mobilnosti učenika***(zaokružiti)**Potrebno je priložiti dokaze* | **DA** | **NE** |
| **Sudjelovanje u organizaciji dolaznih projekata mobilnosti***(zaokružiti)**Potrebno je priložiti dokaze* | **DA** | **NE** |
| **Mentorstvo kandidatima na kliničkim odjelima tijekom dolaznih mobilnosti***(zaokružiti)**Potrebno je priložiti dokaze* | **DA** | **NE** |
| **Poznavanje engleskog jezika** *(zaokružiti)* | **DA** | **NE** |
| **Sudjelovanje u Pripremnoj edukaciji škole***(zaokružiti)**Potrebno je priložiti dokaze* | **DA** | **NE** |
| **Sudjelovanje u edukacijama vezanima uz erasmus+ projekte***(zaokružiti)**Potrebno je priložiti dokaze* | **DA** | **NE** |

Kao sudionik projekta mobilnosti, nastavnik u pratnji svojim potpisom potvrđuje da će:

* pridržavati se svih pravila Škole za medicinske sestre Vinogradska, Agencije za mobilnost i programa EU, te partnerskih organizacija prije, tijekom i nakon mobilnosti
* dostojno predstavljati Školu i Republiku Hrvatsku u zemlji domaćinu
* nakon povratka podnijeti izvješće i svu traženu dokumentaciju Erasmus+ timu i Agenciji za mobilnost
* aktivno sudjelovati u širenju i promociji rezultata projekta prema pozivu koordinatora ili tima
* poštivati pravila i kulturu zemlje domaćina tijekom mobilnosti
* **sudjelovati u svim pripremnim, organizacijskim i diseminacijskim aktivnostima projekta**
* dijeliti svoja iskustva s učenicima, kolegama i širom zajednicom
* **pisati izvješća o aktivnostima te sudjelovati u evaluaciji projekta**
* ponašati se uzorno i profesionalno tijekom trajanja projekta
* surađivati te održavati aktivnu komunikaciju s koordinatorom projekta
* odmah obavijestiti koordinatora o svim neželjenim događajima
* pratiti napredak učenika tijekom mobilnosti
* poticati pozitivnu i konstruktivnu radnu atmosferu tijekom projekta

U slučaju otkazivanja sudjelovanja, nastavnici su dužni vratiti sva sredstva i troškove nastale kao posljedica otkazivanja.

Ovim se preuzimaju navedene obveze i odgovornosti u sklopu projekta mobilnosti Erasmus+.

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis nastavnika\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prilog 3.

Škola za medicinske sestre Vinogradska

Vinogradska cesta 29

na privremenoj adresi Ulica grada Vukovara 68

10 000 Zagreb

Referentni broj projekta: 2025-1-HR01-KA122-VET-000342586

Naziv projekta: Medicina spaja: Rastemo kroz Erasmus

**Privola za obradu osobnih podataka**

Svojim potpisom dajem izričitu privolu Školi za medicinske sestre Vinogradska da može obrađivati moje osobne podatke u svrhu provedbe natječaja za odabir sudionika nastavnika u pratnji u okviru Erasmus+ KA1 projekta „Medicina spaja: Rastemo kroz Erasmus“.

 Potpis:

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