**ANNEX 2 – ERASMUS+ KA171 - STAFF MOBILITY APPLICATION FORM**

**Staff Mobility for Teaching / Training**

|  |
| --- |
| **Información sobre el participante / Information about the participant**  |
|  |
| Apellido (s) / Family Name |  |
| Nombre (s) / First name (s) |  |
| Pasaporte /Passport number |  |
| Nacionalidad / Citizenship |  |
| Fecha de Nacimiento / Date of Birth | **/**  **/**  |
| Institución de procedencia / Home institution |  |
| Dirección / Address |  |
| Centro/Departamento/Servicio/Unidad / Faculty/Department/Service |  |
| E-mail |  |
| **Información sobre la movilidad / Information about the mobility** |
| Tipo de movilidad / Type of mobility:  |
| Periodo de la actividad / Planed period of the training activity: |
| DESDE / FROM  | **/** **/ 20** | HASTA / TILL  | **/** **/ 20** |
| Duración (días) / Duration (days): | **5** (excluidos días de viaje) /(excluding travel days) |
| Máximo de días adicionales por viaje / Maximum number of additional days for travel: | **2** |
| Centro/Departamento/Servicio de destino / Destination Centre/Department/Service: |
|  |
| Yo, el abajo firmante solicito a la UC una beca de movilidad Erasmus+ y declaro / I, the undersigned request from the UC a grant for my Erasmus+ mobility and declare:[ ]  que estoy empleado en la institución socia del país socio que participa en el Programa Erasmus+ / that I am employed at the partner institution from the partner country participating in Erasmus+ Programme. |
| [ ]  que cumplo con los requisitos de esta convocatoria de movilidad del personal para fines de formación/docencia en el marco del Programa de movilidad Erasmus+ entre Países del Programa y Países Asociados (KA107) para el curso 2018-2019 / that I fulfil the condition of this call for Applications for Staff Mobility for the Purpose of Training/Teaching in the framework of the Erasmus+ Mobility Programme between Programme and Partner countries (KA107) for the academic year 2018-2019. |
| [ ]  que toda la información contenida en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender / that all information contained in this application is correct to the best of my knowledge.[ ]  que esta solicitud cuenta con el Visto Bueno del Superior Jerárquico de mi Departamento o Servicio / that this application has been approved by my Department's or Service's Superior. |

Firma del solicitante / Firma del Superior Jerárquico /

Impreso 2/2017 (Pág 2)

Applicant’s signature Department’s or Service’s Superior signature

………………………………………………………………… …………………………………………………………………..

Lugar y fecha / Place and Date: