***Załącznik nr 4***

**FORMULARZ**

**Weryfikacja efektów uczenia się po zakończeniu mobilności**

1. **INFORMACJE O ZREALIZOWANEJ MOBILNOŚCI**

*Wypełnia Zespół Projektu*

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki** |  |
| Czy Uczestnik/Uczestniczka Projektu dostarczył/dostarczyła certyfikat lub inny dokument potwierdzający udział w mobilności i/lub potwierdzający nabyte kompetencje? | ☐ Tak  ☐ Nie |
| Czy zrealizowano wybraną formę wsparcia w ramach mobilności? | ☐ Tak  ☐ Nie |
| Czy zrealizowano zaplanowaną łączną liczbę dni mobilności? | ☐ Tak  ☐ Nie |

1. **EFEKTY UCZENIA SIĘ, KTÓRYCH UZYSKANIE ZOSTAŁO POTWIERDZONE WYBRANYMI METODAMI WERYFIKACJI**

*Wypełnia Zespół Projektu*

|  |  |
| --- | --- |
| Wiedza |  |
| Umiejętności |  |
| Kompetencje społeczne |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………  Koordynator/Koordynatorka  Projektu  ………………………………………  Data |  | ………………………………………  Uczestnik/Uczestniczka  Projektu  ………………………………………  Data |