

SUPSI

Mobilität Studierende¹

Bewerbung für das FS22

Dieses Formular muss vollständig ausgefüllt und unterzeichnet im Zeitraum 1.5.-19.9.2021 an Anja Bouron, Verantwortliche Mobility FFHS (anja.bouron@ffhs.ch) gesendet werden.

1. Persönliche Daten

Vor- & Nachname: _____

Geschlecht: M F Nationalität: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

E-Mail: _____

Mobiltelefon: _____

2. Akademische Daten

Studium: Bachelor MSc

Studienjahr: 1° 2° 3° 4° 5°

Curriculum: regulär PiBS

Anzahl der bislang erreichten ECTS: _____

Departement: _____

Studiengang: _____

3. Selbstevaluation der Sprachkompetenzen

Muttersprache: _____

Sprache	Keine Kenntnisse	Anfänger A1-A2	Intermediate B1-B2	Fortgeschritten C1-C2
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Französisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italienisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Gilt nur für Studierende der Ausbildungsstudiengänge BSc und MSc.

4. Informationen betr. der Mobilität

Art der Mobilität (bitte nur eine Möglichkeit auswählen)

<input type="checkbox"/> Mobilität zu Studienzwecken	<input type="checkbox"/> Mobilität für ein im Studium vorgesehenes Praktikum	<input type="checkbox"/> Andere
<input type="checkbox"/> bei einer anderssprachigen Schweizerischen FH <input type="checkbox"/> In Europa (SEMP) <input type="checkbox"/> In einem aussereuropäischen Land	<input type="checkbox"/> In einem anderssprachigen Kanton <input type="checkbox"/> In Europa (SEMP) <input type="checkbox"/> In einem aussereuropäischen Land	<input type="checkbox"/> Praktikum in Europa (SEMP) <input type="checkbox"/> Praktikum IAESTE <input type="checkbox"/> Summer School <input type="checkbox"/> Postgraduale Mobilität (s. Punkt 5)
Periode		
<input type="checkbox"/> Herbstsemester <input type="checkbox"/> Frühjahrssemester <input type="checkbox"/> ein akademisches Jahr	<input type="checkbox"/> Herbstsemester <input type="checkbox"/> Frühjahrssemester <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> Während der Semesterpause <input type="checkbox"/> Während der Ferien <input type="checkbox"/> Am Ende der Ausbildung
Destination (Name der Hochschule oder Institution, Stadt und Land)		
<input type="checkbox"/> 1° Wahl: <input type="checkbox"/> 2° Wahl: <input type="checkbox"/> 3° Wahl:	<input type="checkbox"/> 1° Wahl: <input type="checkbox"/> 2° Wahl: <input type="checkbox"/> 3° Wahl:	<input type="checkbox"/> 1° Wahl: <input type="checkbox"/> 2° Wahl: <input type="checkbox"/> 3° Wahl:
	Bereich des Praktikums: _____	

Führten Sie bereits einen Erasmus/SEMP-Mobilitätsaufenthalt durch?

- Ja
- Nein

Wenn ja,

Studium: Bachelor MSc

Art und Dauer der Mobilität (Studium/Praktikum – Anzahl der Monate):

5. Postgraduale Mobilität

Wann wird das Diplom erworben? (Monat/Jahr der Thesis) _____

Vorläufige Dauer der Mobilität: von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/Jahr), für die

Dauer von _____ Monaten.

Das Praktikum wird gesucht:

- selbständig

6. Persönliche Situation

Ich habe ein Behinderten-/Gesundheitsproblem. Diagnose: _____

Ich bestätige, dass die angegebenen Daten wahr sind.

Name & Nachname: _____

Datum, Ort: _____ Unterschrift Studierende/r: _____

VOM VERANTWORTLICHEN DER MOBILITÄT DER TEILSCHULE/DES DEPT. AUSZUFÜLLEN:

Auf der Grundlage der Bewertung des Profils des Studenten wird folgendes entschieden:

Mobilität zum Studienzweck

Art der Mobilität: _____

Periode: _____

Destination: _____

Mobilität für ein im Studium vorgesehenes Praktikum

Art der Mobilität: _____

Periode: _____

Destination (eine Präsentation des Partnerbetriebs beifügen): _____

Andere Art der Mobilität

Art der Mobilität: _____

Periode: _____

Destination: _____

Beobachtungen: _____

Es ist zu beachten, dass der/die Studierende eine Mobilitätsgebühr beantragt

Für Praktika liegt die Präsentation der Gast/Partnerorganisation bei.

Das International Office/SUPSI wird gebeten, die offizielle Ernennung bei folgenden Partnerinstitutionen vorzunehmen:

Koordinator/Verantwortliche FFHS _____

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____