

## Latvijas Universitātes Rīgas 1. medicīnas koledža

### PIETEIKUMS APMAIŅAS PROGRAMMĀ

Latvijas Universitātes Rīgas 1. medicīnas koledža, Tomsona iela 37, Rīga, LV 1013  
[medskola@medskola.lv](mailto:medskola@medskola.lv); T. 67371148, Fax. 67339626

#### 1. Docētāja (personāla) personas dati

Vārds: \_\_\_\_\_

Uzvārds: \_\_\_\_\_

Tālrunis: \_\_\_\_\_ E-pasts: \_\_\_\_\_

#### 2. Informācija par darbu

Katedra: \_\_\_\_\_ Amats: \_\_\_\_\_

3. Vai esat iepriekš piedalījies/usies Erasmus programmā? Ja jā, lūdzu, precizējiet, kādā aktivitātē (docēšana, pieredzes apmaiņa)

- jā  
 nē

#### 4. Izvēlētie ārvalstu uzņēmumi/institūcijas prioritārā secībā:

Prioritāte	Uzņēmuma/institūcijas nosaukums un valsts	Mērķis
1.		
2.		
3.		

#### 5. Vēlamais apmaiņas perioda laiks:

- Rudens semestris  
 Pavasara semestris  
 Rudens un pavasara semestris

Plānotais prakses sākuma datums: (dd/mm/gggg)	
Plānotais prakses beigu datums: (dd/mm/gggg)	

#### 6. Valodu prasmes (Zināšanas ir pietiekošas, lai studētu sekojošās valodās:)

- Angļu  Spāņu   
 Vācu  ...

Franču ... **7. Lūdzu īsumā aprakstiet, kādēļ vēlaties piedalīties apmaiņas programmā**

---

---

---

**8. Ar savu parakstu apstiprinu, ka visa sniegtā informācija ir patiesa:**

Paraksts \_\_\_\_\_ Paraksta atšifrējums \_\_\_\_\_

Datums 201\_.gada \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

**9. Atlases komisijas vadītāja paraksts par atbalstu piedalīties apmaiņas programmā**Atlases komisijas vadītājs:

Paraksts \_\_\_\_\_ Paraksta atšifrējums \_\_\_\_\_

Datums 201\_.gada \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_