

Allegato 1
Mobilità studio/traineeship

PROGRAMMA ERASMUS+
SETTORE ISTRUZIONE SUPERIORE –KA1
A.A. 2018/2019
FONDI COMUNITARI DESTINATI A STUDENTI
CON ESIGENZE RELATIVE A CONDIZIONI FISICHE, MENTALI O SANITARIE

MOBILITA' PER STUDIO - TRAINEESHIP

da compilarsi a cura dello studente candidato

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME.....

NOME.....

E – MAIL.....

ISTITUTO DI PROVENIENZA.....

CODICE ERASMUS ISTITUTO DI PROVENIENZA.....

ISTITUTO/IMPRESA OSPITANTE.....

CODICE ERASMUS ISTITUTO OSPITANTE.....

CITTA' E PAESE.....

DURATA DEL PERIODO DI MOBILITA' (mesi).....

MESE DI PARTENZA

N.B. NON SI ACCETTANO MODULI DI CANDIDATURA COMPILATI A MANO

**INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITÀ**

1) TIPO DI DISABILITÀ' (PATOLOGIA)	
2) PERCENTUALE DI DISABILITA'	%
3) ASSISTENZA PERMANENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4) ASSISTENZA PARZIALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5) CURE MEDICHE (FISIOTERAPIA, CONTROLLI, ESAMI SPECIALI, ETC.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6) MATERIALI DIDATTICI SPECIFICI (IN BRAILLE, REGISTRAZIONE DELLE LEZIONI, FOTOCOPIE INGRANDITE, ETC.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7) ALLOGGIO ATTREZZATO	
8) ALTRO (SPECIFICARE)	

N.B. NON SI ACCETTANO MODULI DI CANDIDATURA COMPILATI A MANO

INFORMAZIONI RELATIVE AD AIUTI ECONOMICI DI CUI LO STUDENTE E' BENEFICIARIO	
PENSIONE D'INVALIDITÀ	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INDICARE IMPORTO MENSILE €
ASSEGNO D'ACCOMPAGNO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INDICARE IMPORTO MENSILE €
SARA' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
COFINANZIAMENTO DI ISTITUTO (ATENEI) PER IL SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ (non indicare i cofinanziamenti di istituto non legati strettamente alla disabilità)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INDICARE IMPORTO MENSILE €
SARA' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ALTRE SOVVENZIONI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SPECIFICARE
INDICARE IMPORTO MENSILE €

Dichiaro che le informazioni fornite in questo modulo sono vere e corrette e allego copia conforme all'originale del certificato d'invalidità.

Dichiaro inoltre che gli aiuti economici di cui alla tabella sopra riportata non sono sufficienti a coprire i costi aggiuntivi legati alla disabilità per il periodo di mobilità ERASMUS per i seguenti motivi:

.....

.....

.....

.....

N.B. NON SI ACCETTANO MODULI DI CANDIDATURA COMPILATI A MANO



Erasmus+

AGENZIA
NAZIONALE
INDIRE



INDIRE
ISTITUTO
NAZIONALE
DOCUMENTAZIONE
INNOVAZIONE
RICERCA EDUCATIVA

Ai sensi dell'art.13 del D.lgs.n. 196/2003 i dati forniti dai candidati saranno raccolti presso la sede di Roma dell'Agenzia Nazionale Erasmus+/Indire, Ufficio Erasmus, per le finalità di gestione della candidatura e saranno trattati, anche successivamente alla assegnazione dei contributi, per le finalità dei medesimi. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla candidatura.

In merito al trattamento dei dati personali, l'interessato gode dei diritti di cui all'art. all'art. 7 del D.lgs.n. 196/2003 13 della legge di cui sopra. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell'Agenzia Nazionale, titolare del trattamento.

La presentazione di questa domanda debitamente firmata, AUTORIZZA codesta Agenzia al trattamento dei dati personali ivi depositati.

FIRMA.....
[Studente, o persona da lui autorizzata alla firma¹]

DATA E LUOGO.....

N.B. NON SI ACCETTANO MODULI DI CANDIDATURA COMPILATI A MANO

¹ Nel caso il modulo sia firmato da persona differente dallo studente, indicare in stampatello nome e cognome e **allegare** fotocopia di un documento di identità valido dello studente impossibilitato a firmare.



da compilarsi a cura dell'Ufficio Erasmus**e da inviare alla AN via PEC in allegato ad una nota di trasmissione a firma digitale del Rappresentante Legale**

ISTITUTO (DENOMINAZIONE).....

ISTITUTO (CODICE ERASMUS).....

ISTITUTO (N.PROGETTO).....

RESPONSABILE UFFICIO ERASMUS (nome e cognome).....

E - MAIL.....

Dichiaro che lo studente (nome e cognome).....:

 risulta regolarmente iscritto presso il ns. Istituto; risulta assegnatario di **una borsa di mobilità Erasmus ai fini di studio** per l'anno accademico 2017/2018 per un periodo di mesi ; svolgerà il proprio periodo Erasmus presso l'Istituto.....
CODICE ERASMUS..... L'ISTITUTO OSPITANTE ha accettato lo studente (nome e cognome).....
in mobilità per il periodo suddetto ed è in grado di offrire strutture/servizi adeguati alle esigenze speciali del partecipante in mobilità risulta assegnatario di **una borsa di mobilità Erasmus per traineeship** per l'anno accademico 2017/2018 per un periodo di mesi; svolgerà il proprio periodo Erasmus presso l'impresa (indicare la denominazione, città e Paese della sede ospitante); L'IMPRESA OSPITANTE ha accettato lo studente (nome e cognome).....
in mobilità per il periodo suddetto ed è in grado di offrire strutture/servizi adeguati alle esigenze speciali del partecipante in mobilità

Dichiaro inoltre che:

1. Il modello di candidatura presentato dallo studente è stato compilato in maniera completa e che i dati in esso contenuti sono veritieri e corretti;
2. Che la seguente Stima dei costi aggiuntivi è stata valutata con la collaborazione dell'Istituto/impresa ospitante (allegare eventuale documentazione).

N.B. NON SI ACCETTANO MODULI DI CANDIDATURA COMPILATI A MANO

STIMA DEI COSTI AGGIUNTIVI	IMPORTO TOTALE PER L'INTERO PERIODO (IN EURO)
1. ACCOMPAGNATORE : Spese di viaggio a/r Sistemazione iniziale e finale	
2. SPESE DI TRASPORTO SPECIALE (per disabilità motorie) dall'Italia all'Istituto e viceversa; locali durante il soggiorno	
3. SPESE PER ALLOGGIO ATTREZZATO (dove non sia disponibile presso l'Istituto ospitante un alloggio idoneo attrezzato)	
4. ASSISTENTE DIURNO (n. ore e costo orario) ASSISTENTE NOTTURNO (n. ore e costo orario)	
5. ASSISTENTE PERMANENTE (24 ORE)	
6. SPESE PER CURE MEDICHE ¹ (fisioterapia, controlli medici etc.)	
7. SPESE PER MATERIALI DIDATTICI SPECIFICI (es. registrazioni, materiale in Braille, fotocopie ingrandite etc)	
8. ALTRO SPECIFICARE	
TOTALE COSTI PREVISTI (somma delle voci da 1 a 8)	
TOTALE SOVVENZIONE RICHIESTA	

¹ Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante.