Allegato 1
Mobilità studio/traineeship

PROGRAMMA ERASMUS+

SETTORE ISTRUZIONE SUPERIORE –KA1

A.A. 2015/2016
FONDI COMUNITARI DESTINATI A STUDENTI DISABILI

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	☐ SI ☐ NO
4) ASSISTENZA PARZIALE	☐ SI ☐ NO
5) CURE MEDICHE (FISIOTERAPIA, CONTROLLI, ESAMI SPECIALI, ETC.)	☐ SI ☐ NO
6) MATERIALI DIDATTICI SPECIFICI (IN BRAILLE, REGISTRAZIONE DELLE LEZIONI, FOTOCOPIE INGRANDITE, ETC.)	☐ SI ☐ 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	☐ SI ☐ NO
INDICARE IMPORTO MENSILE	..... €
ASSEGNO D'ACCOMPAGNO	☐ SI ☐ NO
INDICARE IMPORTO MENSILE	..... €
SARA' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?	☐ SI ☐ NO
COFINANZIAMENTO DI ISTITUTO (ATENEO) PER IL SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ (non indicare i cofinanziamenti di istituto non legati strettamente alla disabilità)	☐ SI ☐ NO
INDICARE IMPORTO MENSILE	..... €
SARA' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?	☐ SI ☐ NO
ALTRE SOVVENZIONI SPECIFICARE INDICARE IMPORTO MENSILE	☐ SI ☐ NO .... €

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

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 firma[1]]

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

ISTITUTO (DENOMINAZIONE)……..

CODICE ERASMUS……..

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 2015/2016 per un periodo di mesi **……** ;

☐ svolgerà il proprio periodo Erasmus presso l'Istituto…….
CODICE ERASMUS……..

☐ risulta assegnatario di **una borsa di mobilità Erasmus per traineeship** per l'anno accademico 2015/2016 per un periodo di mesi **……;**

☐ svolgerà il proprio periodo Erasmus presso l'impresa (indicare la denominazione, città e Paese della sede ospitante) **……;**

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 l'Istituto partner/impresa ospitante ha dichiarato di essere in grado di accogliere lo studente in quanto disabile e ***a tal fine si allega copia della lettera di accettazione dell'Istituto/impresa ospitante;***

3. 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	

FIRMA.....
[Responsabile Ufficio Erasmus]

DATA, LUOGO E TIMBRO .....

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

[1] Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante.