

Allegato 1
Mobilità studio/traineeship

PROGRAMMA ERASMUS+
SETTORE ISTRUZIONE SUPERIORE – KA103
CALL 2020
FONDI COMUNITARI DESTINATI A STUDENTI
CON ESIGENZE RELATIVE A CONDIZIONI FISICHE, MENTALI O SANITARIE
MOBILITÀ PER STUDIO - TRINEESHIP

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	
CITTÀ E PAESE	

MODALITÀ ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> MOBILITÀ FISICA <input type="checkbox"/> BLENDED <input type="checkbox"/> VIRTUALE
DURATA TOTALE DEL PERIODO DI MOBILITÀ (mesi)	
di cui n. mesi in presenza	
di cui n. giorni/mesi di attività virtuale	
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 DISABILITÀ	%
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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8) ATTREZZATURE, PROGRAMMI, SOFTWARE SPECIFICI NECESSARI PER ATTIVITA' VIRTUALI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9) TUTOR PER SUPPORTO ATTIVITA' VIRTUALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMAZIONI RELATIVE AD AIUTI ECONOMICI DI CUI LO STUDENTE È BENEFICIARIO	
PENSIONE D'INVALIDITÀ	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
indicare l'importo mensile €
ASSEGNO D'ACCOMPAGNO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
indicare l'importo mensile €
sarà 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 l'importo mensile €
sarà 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 €



Erasmus+

AGENZIA
NAZIONALE
INDIRE



INDIRE
ISTITUTO
NAZIONALE
DOCUMENTAZIONE
INNOVAZIONE
RICERCA EDUCATIVA

Dichiaro che le informazioni fornite in questo modulo sono vere e corrette.

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:

TUTELA DEI DATI

Tutti i dati personali indicati nel presente Allegato saranno trattati a norma del Regolamento n. 1725/2018 del Parlamento Europeo e del Consiglio d'Europa per la tutela dei singoli, nel rispetto del trattamento dei dati personali da parte delle istituzioni e degli organismi comunitari, e della libera circolazione degli stessi. I dati personali saranno trattati esclusivamente per dare esecuzione all'Accordo da parte dell'Istituto di appartenenza, dall'Agenzia Nazionale e dalla Commissione Europea, senza pregiudicare la possibilità di poterli trasmettere a organismi responsabili di controllo e revisione contabile secondo la normativa comunitaria (Corte dei Conti o Ufficio Europeo Antifrode - OLAF).

I dati personali forniti formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela degli interessati cui è ispirata l'attività di INDIRE.

Tali dati verranno trattati nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal GDPR, prevalentemente con procedure informatiche automatizzate su server ubicati in Italia, presso le sedi Indire.

I dati potranno essere trattati anche in modalità non elettronica, con l'ausilio di strumenti manuali.

Il conferimento dei dati richiesti ha natura facoltativa tuttavia un eventuale rifiuto a rendere le dichiarazioni previste comporterà l'impossibilità di procedere a partecipare all'iniziativa sopra descritta.

I dati saranno conservati per tutta la durata del progetto ed anche successivamente alla cessazione dello stesso per il periodo di tempo necessario per ottemperare ad obblighi di legge o a provvedimenti di autorità di controllo e/o di vigilanza.

I dati personali non saranno trasferiti ad un Paese terzo extra UE o ad organizzazioni internazionali.

I dati personali non saranno oggetto di un processo decisionale automatizzato né di profilazione.

Gli articoli da 15 a 22 del GDPR, ove applicabili, Le conferiscono in qualità di interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui, in particolare, il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai Suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati.

Laddove il trattamento dei Suoi dati personali fosse basato su una Sua manifestazione del consenso, Ella ha diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza tuttavia pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

In qualità di interessato, ha infine specifico diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma, Piazza di Monte Citorio n. 121.

Può inoltre presentare ricorso al Garante Europeo per la Tutela dei Dati, in riferimento alle modalità d'uso di tali dati da parte della Commissione Europea.

Per complete ed esaustive informazioni sul trattamento dei dati personali è possibile consultare la sezione privacy del sito istituzionale di INDIRE.

Si richiama, infine, la "Specific Privacy Statement - Lifelong Learning and Erasmus + Programmes – data stored and processed in Mobility Tool" disponibile qui all'indirizzo seguente: https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/specific-privacy-statement_en

FIRMA <i>[Studente, o persona da lui autorizzata alla firma¹]</i>	
DATA E LUOGO	

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.



Erasmus+

AGENZIA
NAZIONALE
INDIRE



INDIRE
ISTITUTO
NAZIONALE
DOCUMENTAZIONE
INNOVAZIONE
RICERCA EDUCATIVA

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)	
RESPONSABILE UFFICIO ERASMUS (@)	

MOBILITÀ PER STUDIO

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 la Call 2020 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;

è in possesso del certificato di invalidità (indicare la percentuale ____%) o del certificato medico in caso di DSA, CELIACHIA o ALTRE PATOLOGIE;

MOBILITÀ PER TRAINEESHIP

Dichiaro che lo studente (nome e cognome) _____:

risulta assegnatario di **una borsa di mobilità Erasmus per traineeship** per la Call 2020 per un periodo di mesi _____;

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



Erasmus+

AGENZIA
NAZIONALE
INDIRE



INDIRE
ISTITUTO
NAZIONALE
DOCUMENTAZIONE
INNOVAZIONE
RICERCA EDUCATIVA

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;

è in possesso del certificato di invalidità (indicare la percentuale ____%) o del certificato medico in caso di DSA, CELIACHIA o ALTRE PATOLOGIE

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. 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. ATTREZZATURE, PROGRAMMI, SOFTWARE SPECIFICI NECESSARI PER ATTIVITÀ VIRTUALI	
9. TUTOR PER SUPPORTO ATTIVITÀ VIRTUALE	
10. ALTRO <i>(inserire descrizione dettagliata degli eventuali altri costi aggiuntivi necessari)</i>	
TOTALE COSTI PREVISTI (somma delle voci da 1 a 8)	
TOTALE CONTRIBUTO AGGIUNTIVO RICHIESTO	

¹ Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante.