

Allegato 1 Mobilità studio/traineeship

PROGRAMMA ERASMUS+

SETTORE ISTRUZIONE SUPERIORE –KA1

A.A. 2019/2020

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 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	

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 (ATENEIO) <u>PER IL SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ</u> (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



Erasmus+

AGENZIA NAZIONALE INDIRE



INDIRE ISTITUTO NAZIONALE DOCUMENTAZIONE INNOVAZIONE RICERCA EDUCATIVA

INDICARE IMPORTO MENSILE €
--------------------------	---------

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 (EC) n. 45/2001 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 e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE. 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.



Erasmus+

AGENZIA
NAZIONALE
INDIRE



INDIRE
ISTITUTO
NAZIONALE
DOCUMENTAZIONE
INNOVAZIONE
RICERCA EDUCATIVA

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

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.

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).....

(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 2019/2020 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 o CELIACHIA

risulta assegnatario di **una borsa di mobilità Erasmus per traineeship** per l'anno accademico 2019/2020 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

è in possesso del certificato di invalidità (indicare la percentuale_____) o del certificato medico in caso di DSA o CELIACHIA

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 <i>(inserire descrizione dettagliata degli eventuali altri costi aggiuntivi necessari)</i>	
<p style="text-align: center;">TOTALE COSTI PREVISTI (somma delle voci da 1 a 8)</p>	
<p style="text-align: center;">TOTALE CONTRIBUTO AGGIUNTIVO RICHIESTO</p>	

¹ Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante.