**Allegato 1**

**Mobilità studio/traineeship**

PROGRAMMA ERASMUS+

SETTORE ISTRUZIONE SUPERIORE – KA131

CALL 2021

**SUPPORTO ALL’INCLUSIONE DEI PARTECIPANTI**

**FONDI COMUNITARI DESTINATI AI PARTECIPANTI CON MINORI OPPORTUNITA’**

**STUDENTI**

**CON ESIGENZE RELATIVE A CONDIZIONI FISICHE, MENTALI O SANITARIE**

**MOBILITÀ 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 |  |
| CITTÀ E PAESE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MODALITÀ ATTIVITÀ | [ ] MOBILITÀ FISICA[ ] BLENDEDVIRTUALE\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* |
| DURATA TOTALE DEL PERIODO DI MOBILITÀ (mesi) |  |
| di cui n. mesi in presenza |  |
| di cui n. giorni/mesi di attività virtuale\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* |  |
| 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 | [ ]  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 | [ ]  SI [ ]  NO |
| **8)** ATTREZZATURE, PROGRAMMI, SOFTWARE SPECIFICI NECESSARI PER ATTIVITA’ VIRTUALI\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* | [ ]  SI [ ]  NO |
| **9)** TUTOR PER SUPPORTO ATTIVITA’ VIRTUALE\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* | [ ]  SI [ ]  NO |

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI RELATIVE AD AIUTI ECONOMICI DI CUI LO STUDENTE È BENEFICIARIO** |
| Pensione d'invalidità | [ ]  SI [ ]  NO |
| indicare l’importo mensile | ……………………………. € |
| Assegno d'accompagno | [ ]  SI [ ]  NO |
| indicare l’importo mensile | ……………………………. € |
| sarà 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 l’importo mensile | ……………………………. € |
| sarà mantenuto anche all'estero? | [ ]  SI [ ]  NO |
| Altre Sovvenzionispecificareindicare importo mensile | [ ]  SI [ ]  NO………………………………………………………………………………. € |

**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, l’informativa sulla privacy all’indirizzo seguente:

<https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/specific-privacy-statement_en>

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA*[Studente, o persona da lui autorizzata alla firma[[1]](#footnote-1)]* |  |
| DATA E LUOGO |  |

**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 2021 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 2021 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;

SI ☐ NO ☐

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

SI ☐ NO ☐

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.** ACCOMPAGNATORESpese di viaggio a/rSistemazione 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[[2]](#footnote-2)1(fisioterapia, controlli medici etc.) |  |
| **7.** SPESE PER MATERIALI DIDATTICI SPECIFICI(es. registrazioni, materiale in Braille, fotocopie ingrandite etc.) |  |
| **8.** VISITA PREPARATORIA(VIAGGIO, SOGGIORNO PARTECIPANTE) |  |
| **9.** VISITA PREPARATORIA(VIAGGIO, SOGGIORNO ACCOMPAGNATORE) |  |
| **10.** ATTREZZATURE, PROGRAMMI, SOFTWARE SPECIFICI NECESSARI PER Attività VIRTUALI\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* |  |
| **11.** TUTOR PER SUPPORTO Attività VIRTUALE\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* |  |
| **12.** ALTRO*(inserire descrizione dettagliata degli eventuali altri costi aggiuntivi necessari)* |  |
| **TOTALE COSTI PREVISTI** **(somma delle voci da 1 a 12)**  |  |
| **TOTALE CONTRIBUTO AGGIUNTIVO RICHIESTO** |  |

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante. [↑](#footnote-ref-2)