

Prot. N. 13650/D9ER

Firenze, 05 aprile 2006

Ai Rettori/Direttori  
degli Istituti di Istruzione Superiore

**p.c.** Ai Responsabili  
degli Uffici Socrates/Erasmus

**LORO SEDI**

**Oggetto: Programma Socrates/Erasmus - Az. 2.2 - a.a. 2006/2007**  
***Fondi comunitari destinati agli studenti ed ai docenti disabili in mobilità.***

In accordo con quanto stabilito dalla Decisione istitutiva del Programma Socrates II (Azione 2.2), al fine di consentire una più ampia partecipazione alla mobilità da parte degli studenti e dei docenti disabili, per l'a.a. 2006/2007 la scrivente Agenzia Nazionale ha previsto, nell'ambito del budget per le Attività Decentrate, il seguente importo:

**69.986,16 EURO<sup>1</sup> destinati ai fabbisogni speciali nei confronti degli studenti e dei docenti disabili.**

**Tale importo sarà ripartito fra gli Istituti partecipanti in base alle candidature presentate alla scrivente Agenzia Nazionale.**

A tal fine, si specifica che:

- lo studente/docente disabile deve risultare selezionato nell'ambito del bando annuale ERASMUS predisposto da ciascun Istituto;
- i cofinanziamenti a copertura totale delle spese dovrebbero provenire da fondi di Ateneo/Istituto, regionali, locali e/o privati;
- l'Agenzia Nazionale potrà assegnare **agli studenti disabili, con invalidità non inferiore al 66%**, una borsa *ad hoc* di importo differenziato rispetto allo standard fissato a livello nazionale, per un importo massimo pari a **500,00<sup>2</sup> Euro/mese (5.000,00 Euro/anno)**;
- l'Agenzia Nazionale potrà assegnare **ai docenti disabili, con invalidità non inferiore al 66%**, una borsa *ad hoc* di importo differenziato rispetto allo standard fissato a livello nazionale, per un importo massimo pari a **2.000,00<sup>3</sup> Euro/flusso**;
- in aggiunta alla borsa *ad hoc* di importo differenziato rispetto allo standard fissato a livello nazionale, l'Agenzia Nazionale potrà assegnare **agli studenti/docenti disabili con fabbisogni speciali** (accompagnatore, alloggio attrezzato, etc.), **con invalidità non inferiore al 66%**, anche un contributo *specifico* sulla base della Stima dei costi aggiuntivi (vedi tabella allegato 2 e allegato 4).

<sup>1</sup> In attesa di approvazione da parte della Commissione Europea del Piano d'Azione Nazionale.

<sup>2</sup> L'importo è da intendersi comprensivo della borsa comunitaria Erasmus di 140/200 Euro/mese

<sup>3</sup> L'importo è da intendersi comprensivo della borsa comunitaria Erasmus di 800/ Euro/flusso

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

**Sede legale:** Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

**Sede operativa:** Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma **Tel** +39.06.54210483 - **Fax** +39.06.54210479 **Email** [erasmus@indire.it](mailto:erasmus@indire.it)

**Ufficio finanziario:** Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 **Email** [erasmus.finanziario@indire.it](mailto:erasmus.finanziario@indire.it)

ac-ap/CG-FF

I revisione

1/15

12/04/2006

Per casi di **invalidità inferiore al 66%** l'Agenzia Nazionale si riserva di valutare le necessità segnalate dallo studente/docente che ne fa richiesta per una borsa ad *hoc* di importo differenziato rispetto allo standard fissato a livello nazionale **compatibilmente con le eventuali disponibilità finanziarie.**

Le candidature (debitamente documentate) dovranno essere inoltrate all'Agenzia Nazionale che provvederà alla valutazione e, se del caso, alla conseguente erogazione degli importi spettanti a ciascun Istituto.

Si invitano pertanto i responsabili degli Istituti in indirizzo a **dare massima diffusione all'iniziativa** e a far pervenire alla scrivente Agenzia Nazionale **via posta** le eventuali candidature **entro e non oltre il 12 maggio 2006** (**farà fede il timbro postale**) **al seguente indirizzo:**

**Agenzia Nazionale SOCRATES Italia  
Settore ERASMUS – Ufficio di Roma  
Via delle Montagne Rocciose, 60  
00144 ROMA**

**N.B.:** verranno accolte **esclusivamente** le candidature presentate dagli Uffici Socrates/Erasmus in collaborazione con gli Uffici Disabilità, ove presenti, e **non dai singoli soggetti.**

## **DOCUMENTAZIONE RICHIESTA AGLI STUDENTI DISABILI<sup>2</sup>**

- **Allegato 1: da compilarsi a cura dello studente;**

## **DOCUMENTAZIONE RICHIESTA AI DOCENTI DISABILI<sup>3</sup>**

- **Allegato 2: da compilarsi a cura del docente;**

<sup>2</sup> Si comunica inoltre che a livello comunitario sono stati prodotti i seguenti documenti contenenti informazioni circa le speciali esigenze degli studenti disabili:

- Studying abroad – Volume 1 – Checklist of needs for students with disabilities;
- Studying abroad – Volume 2 – European guide for students with disabilities;

consultabili al seguente sito internet della Commissione:  
[http://europa.eu.int/comm/education/programmes/socrates/erasmus/disable\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/education/programmes/socrates/erasmus/disable_en.html)

<sup>3</sup> vedi nota 2

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

**Sede legale:** Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

**Sede operativa:** Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma **Tel** +39.06.54210483 - **Fax** +39.06.54210479 **Email** erasmus@indire.it

**Ufficio finanziario:** Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 **Email** erasmus.finanziario@indire.it

Si ricorda inoltre che i fondi erogati per i *fabbisogni speciali* (richiesta di contributo superiore a 500,00 Euro/mese e a 2.000,00 Euro/flusso) saranno soggetti a regolare rendicontazione contabile e pertanto, per dimostrare le spese effettuate nell'ambito della mobilità ERASMUS, gli studenti/docenti disabili dovranno presentare ai propri Istituti di appartenenza le ricevute delle spese ammissibili sostenute<sup>4</sup>.

La scrivente Agenzia Nazionale resta a disposizione per ulteriori informazioni in merito (contatto: **Alessandra CENERONI e Luisella SILVESTRI** – tel. 06-5421.0483; fax. 06-5421.0479; e-mail: [a.ceneroni@indire.it](mailto:a.ceneroni@indire.it) - [l.silvestri@indire.it](mailto:l.silvestri@indire.it)).

Si comunica inoltre che tutta la documentazione relativa al presente bando, compresi gli Allegati, è disponibile al seguente indirizzo internet: <http://www.indire.it/socrates/erasmus> (sezione Erasmus 2 – Mobilità degli studenti/ dei docenti – studenti/docenti disabili - Circolare sui fondi comunitari destinati agli studenti/docenti disabili).

Distinti saluti.

*Il Direttore*  
**Dott. Giovanni Biondi**



---

<sup>4</sup> Maggiori informazioni saranno date successivamente in caso di valutazione positiva della candidatura da parte dell'Agenzia  
**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

**Sede legale:** Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

**Sede operativa:** Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma **Tel** +39.06.54210483 - **Fax** +39.06.54210479 **Email** [erasmus@indire.it](mailto:erasmus@indire.it)

**Ufficio finanziario:** Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 **Email** [erasmus.finanziario@indire.it](mailto:erasmus.finanziario@indire.it)

**Allegato 1**

**All'Ufficio ERASMUS**  
**(del proprio Istituto)**

**PROGRAMMA SOCRATES/ERASMUS - A.A. 2006/2007**  
**FONDI COMUNITARI DESTINATI AGLI STUDENTI DISABILI**

**MODULO DI CANDIDATURA**  
**(da compilarsi a cura dello studente candidato)**

**IO SOTTOSCRITTO**

COGNOME.....

NOME.....

E – MAIL.....

ISTITUTO DI PROVENIENZA.....

ISTITUTO OSPITANTE.....

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

DATA DI PARTENZA .....

☐ **Richiedo di poter usufruire di un contributo ad hoc di importo differenziato rispetto allo standard fissato a livello nazionale per un importo massimo pari a 500,00<sup>1</sup> €/mese (5.000,00 €/anno)**

☐ **Richiedo di poter usufruire anche di un contributo comunitario superiore a 500,00<sup>2</sup> €/mese, sulla base della *Stima dei costi aggiuntivi* di cui all'Allegato 2**

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

<sup>1</sup> L'importo è da intendersi comprensivo della borsa comunitaria Erasmus di 140/200 Euro/mese

<sup>2</sup> L'importo è da intendersi comprensivo della borsa comunitaria Erasmus di 140/200 Euro/mese

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

**Sede legale:** Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

**Sede operativa:** Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma **Tel** +39.06.54210483 - **Fax** +39.06.54210479 **Email** erasmus@indire.it

**Ufficio finanziario:** Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 **Email** erasmus.finanziario@indire.it

ac-ap/CG-FF

I revisione

4/15

12/04/2006

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 Settore Erasmus – per le finalità di gestione della candidatura e saranno trattati, anche e 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. 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<sup>1</sup>]

DATA E LUOGO.....

---

<sup>1</sup> 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.

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

**Sede legale:** Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

**Sede operativa:** Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma **Tel** +39.06.54210483 - **Fax** +39.06.54210479 **Email** [erasmus@indire.it](mailto:erasmus@indire.it)

**Ufficio finanziario:** Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 **Email** [erasmus.finanziario@indire.it](mailto:erasmus.finanziario@indire.it)

**ATTENZIONE:**  
**COMPILARE SOLO PER RICHIESTE SUPERIORI A 500,00 €/MESE**

| INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITÀ                                                                  |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1) PERCENTUALE DI DISABILITÀ'                                                                          | %                                                       |
| 2) TIPO DI DISABILITÀ' (PATOLOGIA)                                                                     |                                                         |
| 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<br>(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) ALTRO (SPECIFICARE)                                                                                 |                                                         |

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

Sede legale: Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

Sede operativa: Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma **Tel** +39.06.54210483 - **Fax** +39.06.54210479 **Email** [erasmus@indire.it](mailto:erasmus@indire.it)

Ufficio finanziario: Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 **Email** [erasmus.finanziario@indire.it](mailto:erasmus.finanziario@indire.it)

ac-ap/CG-FF

I revisione

6/15  
12/04/2006

**ATTENZIONE:**
**COMPILARE SOLO PER RICHIESTE SUPERIORI A 500,00 €/MESE**

| 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                                                    | ..... €                                                 |
| SARÀ' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?                                           | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| COFINANZIAMENTO DI ISTITUTO (ATENEIO)                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| INDICARE 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                                                    | ..... €                                                 |
| COFINANZIAMENTO MIUR (LEGGE 170 ED EX LEGGE 183 DEL 1987 AFAM)              |                                                         |
| INDICARE IMPORTO MENSILE                                                    | ..... €                                                 |
| SARÀ' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?                                           | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

**Dichiaro che le informazioni fornite in questo modulo sono vere e corrette, allego copia conforme del certificato d'invalidità e richiedo di poter usufruire di un contributo comunitario superiore a 500,00 Euro/mese**

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 Settore Erasmus – per le finalità di gestione della candidatura e saranno trattati, anche e 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. 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<sup>1</sup>]

DATA E LUOGO.....

<sup>1</sup> 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.

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

Sede legale: Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

Sede operativa: Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma Tel +39.06.54210483 - Fax +39.06.54210479 Email [erasmus@indire.it](mailto:erasmus@indire.it)

Ufficio finanziario: Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 Email [erasmus.finanziario@indire.it](mailto:erasmus.finanziario@indire.it)

ac-ap/CG-FF

I revisione

7/15

12/04/2006

**ATTENZIONE:**  
**COMPILARE SOLO PER RICHIESTE SUPERIORI A 500,00 €/MESE**

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

FIRMA.....  
 [Responsabile Ufficio Erasmus]

DATA, LUOGO E TIMBRO .....

<sup>5</sup> Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

Sede legale: Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

Sede operativa: Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma Tel +39.06.54210483 - Fax +39.06.54210479 Email [erasmus@indire.it](mailto:erasmus@indire.it)

Ufficio finanziario: Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 Email [erasmus.finanziario@indire.it](mailto:erasmus.finanziario@indire.it)

**Allegato 2**

**All'Ufficio ERASMUS  
(del proprio Istituto)**

**PROGRAMMA SOCRATES/ERASMUS - A.A. 2006/2007  
FONDI COMUNITARI DESTINATI AI DOCENTI DISABILI**

**MODULO DI CANDIDATURA  
(da compilarsi a cura del docente candidato)**

**IO SOTTOSCRITTO**

COGNOME.....

NOME.....

E – MAIL.....

ISTITUTO DI PROVENIENZA.....

ISTITUTO OSPITANTE.....

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

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

DATA DI PARTENZA .....

☐ **Richiedo di poter usufruire di un contributo ad hoc di importo differenziato rispetto allo standard fissato a livello nazionale per un importo massimo pari a 2.000,00<sup>1</sup> Euro/flusso**

☐ **Richiedo di poter usufruire anche di un contributo superiore a 2.000,00<sup>2</sup> Euro/flusso sulla base della Stima dei costi aggiuntivi di cui all'Allegato 4;**

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

<sup>1</sup> L'importo è da intendersi comprensivo della borsa comunitaria Erasmus di 800 Euro/Flusso

<sup>2</sup> L'importo è da intendersi comprensivo della borsa comunitaria Erasmus di 800 Euro/Flusso

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

**Sede legale:** Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

**Sede operativa:** Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma **Tel** +39.06.54210483 - **Fax** +39.06.54210479 **Email** erasmus@indire.it

**Ufficio finanziario:** Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 **Email** erasmus.finanziario@indire.it

ac-ap/CG-FF

I revisione

9/15

12/04/2006

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 Settore Erasmus – per le finalità di gestione della candidatura e saranno trattati, anche e 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.....  
[Docente o persona da lui autorizzata alla firma<sup>1</sup>]

DATA E LUOGO.....

---

<sup>1</sup> nel caso il modulo sia firmato da persona differente dal docente, indicare in stampatello nome e cognome e allegare fotocopia di un documento di identità valido del docente impossibilitato a firmare.

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

**Sede legale:** Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

**Sede operativa:** Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma **Tel** +39.06.54210483 - **Fax** +39.06.54210479 **Email** erasmus@indire.it

**Ufficio finanziario:** Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 **Email** erasmus.finanziario@indire.it

**ATTENZIONE**
**COMPILARE SOLO PER RICHIESTE SUPERIORI A 2000,00 €/FLUSSO**

| INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITÀ                                                                  |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1) PERCENTUALE DI DISABILITÀ'                                                                          | %                                                       |
| 2) TIPO DI DISABILITÀ' (PATOLOGIA)                                                                     |                                                         |
| 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<br>(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) ALTRO (da specificare))                                                                             |                                                         |

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

Sede legale: Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

 Sede operativa: Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma **Tel** +39.06.54210483 - **Fax** +39.06.54210479 **Email** [erasmus@indire.it](mailto:erasmus@indire.it)

 Ufficio finanziario: Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 **Email** [erasmus.finanziario@indire.it](mailto:erasmus.finanziario@indire.it)

ac-ap/CG-FF

I revisione

11/15

12/04/2006

**ATTENZIONE**
**COMPILARE SOLO PER RICHIESTE SUPERIORI A 2000,00 €/FLUSSO**

| INFORMAZIONI RELATIVE AD AIUTI ECONOMICI DI CUI IL DOCENTE 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                                                   | ..... €                                                 |

**Dichiaro che le informazioni fornite in questo modulo sono vere e corrette, allego copia del certificato d'invalidità e richiedo di poter usufruire di un contributo comunitario superiore a 2.000,00 Euro/flusso**

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 Settore Erasmus – per le finalità di gestione della candidatura e saranno trattati, anche e 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. 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.....

*[Docente o persona da lui autorizzata alla firma<sup>1</sup>]*

DATA E LUOGO.....

<sup>1</sup> nel caso il modulo sia firmato da persona differente dal docente, indicare in stampatello nome e cognome e allegare fotocopia di un documento di identità valido del docente impossibilitato a firmare.

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

**Sede legale:** Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

**Sede operativa:** Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma **Tel** +39.06.54210483 - **Fax** +39.06.54210479 **Email** [erasmus@indire.it](mailto:erasmus@indire.it)

**Ufficio finanziario:** Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 **Email** [erasmus.finanziario@indire.it](mailto:erasmus.finanziario@indire.it)

ac-ap/CG-FF

I revisione

12/15

12/04/2006

**ATTENZIONE**
**COMPILARE SOLO PER RICHIESTE SUPERIORI A 2000,00 €/FLUSSO**

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

DATA E LUOGO.....

FIRMA.....

*[Responsabile Ufficio Erasmus]*

DATA, LUOGO E TIMBRO.....

<sup>6</sup> Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante

**Agenzia Nazionale Socrates Italia - Azione Erasmus**

Sede legale: Via M. Buonarroti, 10 - 50122 Firenze

 Sede operativa: Via delle Montagne Rocciose, 60 - 00144 Roma Tel +39.06.54210483 - Fax +39.06.54210479 Email [erasmus@indire.it](mailto:erasmus@indire.it)

 Ufficio finanziario: Tel: +39.055.2380428 - Fax +39.055.2380399/435 Email [erasmus.finanziario@indire.it](mailto:erasmus.finanziario@indire.it)