

Allegato 1

All'Ufficio ERASMUS  
(del proprio Istituto)

**PROGRAMMA LLP/ERASMUS - A.A. 2007/2008  
FONDI COMUNITARI DESTINATI AGLI STUDENTI DISABILI**

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

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

**IO SOTTOSCRITTO**

COGNOME.....

NOME.....

E - MAIL.....

ISTITUTO DI PROVENIENZA.....

CODICE ERASMUS ISTITUTO DI PROVENIENZA.....

ISTITUTO OSPITANTE.....

CODICE ERASMUS ISTITUTO OSPITANTE.....

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

MESE DI PARTENZA .....

AREA DISCIPLINARE.....

**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**

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

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

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

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>3</sup>]

DATA E LUOGO.....

<sup>3</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.



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

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

<b>INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITÀ</b>	
<b>1) TIPO DI DISABILITÀ' (PATOLOGIA)</b>	
<b>2) PERCENTUALE DI DISABILITA'</b>	%
<b>3) ASSISTENZA PERMANENTE</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>4) ASSISTENZA PARZIALE</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>5) CURE MEDICHE</b> (FISIOTERAPIA, CONTROLLI, ESAMI SPECIALI, ETC.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>6) MATERIALI DIDATTICI SPECIFICI (IN BRAILLE, REGISTRAZIONE DELLE LEZIONI, FOTOCOPIE INGRANDITE, ETC.)</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>7) ALLOGGIO ATTREZZATO</b>	
<b>8) ALTRO (SPECIFICARE)</b>	

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

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

<b>INFORMAZIONI RELATIVE AD AIUTI ECONOMICI DI CUI LO STUDENTE E' BENEFICIARIO</b>	
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 (ATENEU) PER IL SOSTEGNO 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	.....
INDICARE IMPORTO MENSILE	..... €

**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. 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.

