

Allegato 2

All'Agenzia LLP/
ERASMUS

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

MODULO DI TRASMISSIONE
(da compilarsi a cura dell'Ufficio ERASMUS dell'Istituto)

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

ISTITUTO (DENOMINAZIONE).....

ISTITUTO (CODICE ERASMUS).....

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 per l'anno accademico 2007/2008 per un periodo di mesi ;
- svolgerà il proprio periodo Erasmus presso l'Istituto.....
(indicare il codice Erasmus) nella seguente area disciplinare..... (indicare il codice)

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 l'Istituto partner ha dichiarato di essere in grado di accogliere lo studente in quanto disabile e *a tal fine si allega copia della lettera di accettazione/accoglienza dell'Istituto stesso*;
3. che la mobilità verrà/non verrà cofinanziata (supporto alla disabilità) dal nostro Istituto con un importo pari aEuro/mese;
4. che la seguente Stima dei costi aggiuntivi¹ è stata valutata con la collaborazione dell'Istituto ospitante (allegare eventuale documentazione).

¹ La compilazione del Budget dei costi aggiuntivi è obbligatorio solo per i candidati richiedenti contributi superiori a 500, 00 €/mese



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

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	
TOTALE COSTI PREVISTI (somma delle voci da 1 a 8)	
TOTALE SOVVENZIONE RICHIESTA	

FIRMA.....
 [Responsabile Ufficio Erasmus]

DATA, LUOGO E TIMBRO

¹ Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante.

