

Allegato 3

All'Ufficio ERASMUS
(del proprio Istituto)

**PROGRAMMA LLP/ERASMUS - A.A. 2007/2008
FONDI COMUNITARI DESTINATI AI DOCENTI DISABILI**

MODULO DI CANDIDATURA

(da compilarsi a cura del docente 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' (giorni).....

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

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 2.000,00¹ Euro/flusso

Richiedo di poter usufruire anche di un contributo superiore a 2.000,00² Euro/flusso sulla base della *Stima dei costi aggiuntivi* di cui all'Allegato 4;

¹ L'importo è da intendersi comprensivo della borsa comunitaria Erasmus

² 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. 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 firma³]

DATA E LUOGO.....

³ 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.



ATTENZIONE

COMPILARE SOLO PER RICHIESTE PER FABBISOGNI SPECIALI SUPERIORI A 2000,00 €/FLUSSO

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	
8) ALTRO (da specificare))	

ATTENZIONE
COMPILARE SOLO PER RICHIESTE PER FABBISOGNI
SPECIALI SUPERIORI A 2000,00 €FLUSSO

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

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. 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 firma¹]

DATA E LUOGO.....

¹ 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.

