

**Allegato 3 - SMP**

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

**PROGRAMMA LLP/ERASMUS - A.A. 2009/2010  
FONDI COMUNITARI DESTINATI AGLI STUDENTI DISABILI  
MOBILITA' PER PLACEMENT - SMP**

***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.....

IMPRESA OSPITANTE .....

CITTA'/PAESE .....

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

MESE DI PARTENZA .....

**Richiedo di poter usufruire di un contributo ad hoc forfetario ad incremento della borsa definita a livello nazionale per un importo massimo pari a 700,00<sup>1</sup> €/mese .**

<sup>1</sup> L'importo è da intendersi comprensivo della borsa comunitaria Erasmus fissata a livello nazionale. Si ricorda che non è possibile chiedere l'incremento della borsa mensile per quei Paesi per i quali la Commissione Europea ha definito un massimale più basso: Bulgaria, Repubblica Ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Polonia, Romania, Slovenia, Slovacchia, Turchia

**Richiedo di poter usufruire anche di un ulteriore contributo definito sulla base della *Stima dei costi* di cui all'Allegato 4 SMP.**

**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 DISABILITÀ'</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 (FISIOTERAPIA, CONTROLLI, ESAMI SPECIALI, ETC.)</b>	<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>	

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

<b>INFORMAZIONI RELATIVE AD AIUTI ECONOMICI DI CUI LO STUDENTE E' BENEFICIARIO</b>	
<b>PENSIONE D'INVALIDITA'</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INDICARE IMPORTO MENSILE	..... €
<b>ASSEGNO D'ACCOMPAGNO</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INDICARE IMPORTO MENSILE	..... €
SARA' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>COFINANZIAMENTO DI ISTITUTO (ATENEO) PER IL SOSTEGNO ALLA DISABILITA' (non indicare i cofinanziamenti di istituto non legati strettamente alla disabilita')</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INDICARE IMPORTO MENSILE	..... €
SARA' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>ALTRE SOVVENZIONI</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SPECIFICARE	.....
INDICARE IMPORTO MENSILE	..... €

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

Dichiaro inoltre che gli aiuti economici di cui alla tabella sopra non sono sufficienti a coprire i costi aggiuntivi legati alla disabilita' per il periodo di mobilita' Erasmus per i seguenti motivi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 LLP Italia, Ufficio Erasmus – per le finalita' 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>2</sup>]

DATA E LUOGO.....

<sup>2</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.