

**Allegato 1 SMS**

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

**PROGRAMMA LLP/ERASMUS - A.A. 2010/2011**  
**FONDI COMUNITARI DESTINATI AGLI STUDENTI DISABILI**  
**MOBILITA' PER STUDIO - SMS**

**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 un contributo aggiuntivo rispetto alla borsa mensile fino ad un massimo di € 220,00/mese.**

**Richiedo di poter usufruire anche di un ulteriore contributo definito sulla base della *Stima dei costi del fabbisogno aggiuntivo* di cui all'Allegato 2 SMS.**

**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"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
4) ASSISTENZA PARZIALE	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
5) CURE MEDICHE (FISIOTERAPIA, CONTROLLI, ESAMI SPECIALI, ETC.)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
6) MATERIALI DIDATTICI SPECIFICI (IN BRAILLE, REGISTRAZIONE DELLE LEZIONI, FOTOCOPIE INGRANDITE, ETC.)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
7) ALLOGGIO ATTREZZATO	
8) ALTRO (SPECIFICARE)	

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

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

**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 riportata non sono sufficienti a coprire i costi aggiuntivi legati alla disabilità per il periodo di mobilità 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 finalità di gestione della candidatura e saranno trattati, anche 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.

