

Allegato 2  
Mobilità per attività didattica/formazione

PROGRAMMA ERASMUS+  
SETTORE ISTRUZIONE SUPERIORE –KA1  
A.A. 2015/2016  
FONDI COMUNITARI DESTINATI A STAFF DISABILE

**MOBILITA' PER ATTIVITA' DIDATTICA**

**da compilarsi a cura del docente candidato**

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME.....

NOME.....

E- MAIL.....

ISTITUTO DI APPARTENENZA.....

CODICE ERASMUS ISTITUTO DI APPARTENENZA .....

ISTITUTO OSPITANTE.....

CODICE ERASMUS ISTITUTO OSPITANTE.....

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

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

MESE DI PARTENZA .....

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



Erasmus+

AGENZIA  
NAZIONALE  
INDIRE



Indire

Istituto Nazionale di Documentazione,  
Innovazione e Ricerca Educativa

## MOBILITA' PER FORMAZIONE

da compilarsi a cura del docente/staff candidato

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME.....

NOME.....

E – MAIL.....

ISTITUTO DI APPARTENENZA.....

CODICE ERASMUS ISTITUTO DI APPARTENENZA .....

DOCENTE.....

NON DOCENTE ( indicare il ruolo in Italia).....

ISTITUTO/IMPRESA OSPITANTE.....

CODICE ERASMUS ISTITUTO OSPITANTE.....

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

MESE DI PARTENZA .....

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



Erasmus+

AGENZIA  
NAZIONALE  
INDIRE



indire

Istituto Nazionale di Documentazione,  
Innovazione e Ricerca Educativa

## MOBILITA' PER ATTIVITA' DIDATTICA E PER FORMAZIONE

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITÀ	
1) TIPO DI DISABILITA' (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 (SPECIFICARE)	

INFORMAZIONI RELATIVE AD AIUTI ECONOMICI DI CUI IL DOCENTE/STAFF E' BENEFICIARIO	
<b>PENSIONE D'INVALIDITÀ'</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	..... €

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



Erasmus+

AGENZIA NAZIONALE INDIRE



Indire

Istituto Nazionale di Documentazione, Innovazione e Ricerca Educativa

**Dichiaro che le informazioni fornite in questo modulo sono vere e corrette, 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 alle esigenze speciali 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 Erasmus+/Indire, Ufficio 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 firma<sup>1</sup>]*

DATA

E

LUOGO.....

<sup>1</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.

\_\_\_\_\_





Erasmus+

AGENZIA  
NAZIONALE  
INDIRE



Indire

Istituto Nazionale di Documentazione,  
Innovazione e Ricerca Educativa

## MOBILITA' PER ATTIVITA' DIDATTICA E PER FORMAZIONE

da compilarsi a cura dell'Ufficio ERASMUS

ISTITUTO (DENOMINAZIONE).....

ISTITUTO (CODICE ERASMUS).....

RESPONSABILE UFFICIO ERASMUS (nome e cognome).....

E – MAIL.....

Dichiaro che il docente/staff (nome e cognome).....:

presta servizio presso il ns. Istituto;

risulta assegnatario di una borsa Erasmus per **attività didattica** per l'anno accademico 2015/2016 per un periodo di giorni ..... e ore ..... ;

svolgerà il proprio periodo Erasmus presso **l'Istituto**..... (indicare il codice Erasmus).....

risulta assegnatario di una borsa Erasmus per **attività formazione** per l'anno accademico 2015/2016 per un periodo di giorni ..... ;

svolgerà il proprio periodo Erasmus presso **l'Istituto/Impresa**..... (indicare il codice Erasmus).....

Dichiaro inoltre che:

1. il modello di candidatura presentato dal docente 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 il docente/staff in quanto disabile e **a tal fine si allega copia della lettera di accettazione dell'Istituto/Impresa;**
3. che la seguente Stima dei costi aggiuntivi è stata valutata con la collaborazione dell'Istituto/impresa ospitante (allegare eventuale documentazione).

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

**MOBILITA' PER ATTIVITA' DIDATTICA E PER FORMAZIONE**

STIMA DEI COSTI AGGIUNTIVI	IMPORTO TOTALE PER IL 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; 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 <sup>2</sup> (fisioterapia, controlli medici etc.)	
7. SPESE PER MATERIALI DIDATTICI SPECIFICI (es. registrazioni, materiale in Braille, fotocopie ingrandite etc.)	
8. ALTRO (da specificare)	
<b>TOTALE COSTI PREVISTI</b>  (somma della voce da 1 a 8)	
<b>TOTALE SOVVENZIONE RICHIESTA</b>	

 FIRMA.....  
*[Responsabile Ufficio Erasmus]*

DATA, LUOGO e TIMBRO.....

**N.B. NON SI ACCETTANO MODULI DI CANDIDATURA COMPILATI A MANO**
<sup>2</sup> Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante.