

Prot. N.23040/D9ER

Roma, 04 agosto 2009

Ai Rettori/Direttori  
degli Istituti di Istruzione  
Superiore

p.c. Ai Responsabili  
degli Uffici/ERASMUS

**LORO SEDI**

**Oggetto: Programma LLP/ERASMUS – Azioni decentrate - A.A. 2009/2010  
Fondi comunitari destinati agli studenti disabili in mobilità ( per studio e placement:  
SMS e SMP) ai docenti disabili in mobilità (per attività didattica: STA) al personale  
docente e non docente disabile in mobilità (Staff Training: STT).**

In accordo con quanto stabilito dalla Decisione istitutiva del Programma LLP, al fine di consentire una più ampia partecipazione ai programmi di mobilità da parte degli studenti e del personale docente e non docente disabile, l'Agenzia Nazionale ha previsto di destinare al sostegno della loro mobilità la somma di **180.000 Euro**, dal budget per le Azioni Decentrate.

**Tale importo sarà ripartito fra gli Istituti partecipanti in base alle candidature presentate all'Agenzia Nazionale.**

A tal fine, si specifica che:

1. lo studente/docente/non docente disabile deve risultare selezionato nell'ambito del bando annuale ERASMUS predisposto da ciascun Istituto;
2. i cofinanziamenti a copertura totale delle spese dovrebbero provenire da fondi di Ateneo/Istituto, regionali, locali e/o privati;
3. il finanziamento comunitario sarà erogato sulla base dei seguenti criteri:
  - agli **studenti con disabilità in mobilità per studio (SMS)** potrà essere erogato un contributo aggiuntivo di natura forfettaria ad integrazione della borsa fissata a livello nazionale (230 € mensili), fino ad un massimo di 500 € complessivi (borsa fissata a livello nazionale + contributo aggiuntivo).
  - agli **studenti con disabilità in mobilità per tirocinio (SMP)** potrà essere erogato un contributo aggiuntivo di natura forfettaria ad integrazione della borsa fissata a livello nazionale, fino ad un massimo di 700 € complessivi (borsa fissata a livello nazionale + contributo aggiuntivo), **ad eccezione degli studenti la cui mobilità ha luogo nei seguenti Paesi:** Bulgaria, Repubblica Ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Polonia, Romania, Slovenia, Slovacchia, Turchia. Per questi paesi difatti il massimale stabilito a livello comunitario è quello riportato nella tabella seguente e non può in alcun modo essere superato (si veda la Guida del Candidato 2009):

HOST COUNTRY	Monthly rate 3 to 12 months
Belgique/Belgie - BE	780
Bulgaria - BG	500
Česká republika - CZ	665
Danemark - DK	1.075
Deutschland - DE	780
Eesti - EE	620
Ellas - EL	728
España - ES	799
France - FR	922
Eire/Ireland - IE	952
Italia - IT	877
Kypros - CY	713
Latvija - LV	597
Lietuva - LT	590
Luxembourg - LU	780
Magyarország - HU	594
Malta - MT	706
Nederland - NL	859
Österreich - AT	833
Polska - PL	597
Portugal - PT	717
Romania - RO	504
Slovenija - SI	676
Slovenská republika - SK	687
Suomi - FI	911
Sverige - SE	896
United Kingdom - UK	1.086
Island - IS	896
Liechtenstein - LI	937
Norge - NO	1.086
Türkiye - TR	582

- inoltre l'Agenzia potrà accordare agli studenti in mobilità per studio (**SMS**) e agli studenti in mobilità per tirocinio (**SMP**) un ulteriore contributo definito sulla base di una stima dei costi del fabbisogno aggiuntivo durante la mobilità ERASMUS. Tale contributo sarà soggetto a rendicontazione analitica basata sui costi reali ammissibili e sarà determinato anche sulla base di eventuali aiuti economici nazionali alla disabilità (pensione di invalidità/assegno di accompagnamento).
- l'Agenzia Nazionale potrà assegnare ai **docenti (per attività didattica: STA) al personale docente e non docente disabile in mobilità (Staff Training: STT)** un contributo aggiuntivo ad integrazione della borsa fissata a livello nazione (900 €) per un

- importo massimo pari a 2.000,00 € (borsa fissata a livello nazionale + contributo aggiuntivo). Tale contributo sarà soggetto a rendicontazione nel rispetto delle regole comunitarie (si veda Guida per il candidato 2009) che saranno riportate nell'Accordo che sarà stipulato tra l'AN e il Vs Istituto.
- inoltre l'Agenzia potrà accordare ai **docenti (per attività didattica: STA) al personale docente e non docente disabile in mobilità (Staff Training: STT)** un ulteriore contributo definito sulla base di una stima dei costi del fabbisogno durante la mobilità ERASMUS. Tale contributo sarà soggetto a rendicontazione analitica basata sui costi reali ammissibili.
  - l'assegnazione del contributo potrà essere fatta - sia per gli studenti che per il personale docente e non docente - anche sulla base della percentuale di invalidità risultante dal certificato di invalidità che dovrà essere allegato alla Candidatura.

**N.B.:** verranno accolte esclusivamente le candidature presentate dagli Uffici ERASMUS in collaborazione con gli Uffici Disabilità, ove presenti, e non dai singoli soggetti.

Si invitano pertanto i responsabili degli Istituti in indirizzo a dare massima diffusione all'iniziativa e a far pervenire alla scrivente Agenzia Nazionale via posta le eventuali candidature entro e non oltre il 2 OTTOBRE 2009<sup>1</sup> (farà fede il timbro postale) al seguente indirizzo:

Agenzia Nazionale LLP Italia  
Settore ERASMUS – Ufficio di Roma  
Via Guidubaldo del Monte, 54  
00197 - ROMA

### DOCUMENTAZIONE RICHIESTA AGLI STUDENTI DISABILI<sup>2</sup>

#### **MOBILITA' AI FINI DI STUDIO - SMS**

- **Allegato 1 SMS: da compilarsi a cura dello studente;**
- **Allegato 2 SMS: da compilarsi a cura dell'Ufficio ERASMUS in collaborazione con l'Ufficio Disabilità, ove presente.**

#### **MOBILITA' PER TIROCINIO - SMP**

- **Allegato 3 SMP: da compilarsi a cura dello studente;**
- **Allegato 4 SMP: da compilarsi a cura dell'Ufficio ERASMUS in collaborazione con l'Ufficio Disabilità, ove presente.**

<sup>1</sup> L'AN, previa disponibilità di finanziamenti comunitari, si riserva la possibilità di valutare eventuali casi di ulteriori richieste che potranno pervenire durante l'a.a. a seguito di riapertura di bandi/selezioni.

<sup>2</sup> Si comunica che informazioni utili circa i servizi di supporto per le speciali esigenze degli studenti disabili nei paesi Europei possono essere reperite nel database:

"The Higher Education Accessibility Guide" - HEAG - (<http://www.heagnet.org>).



### DOCUMENTAZIONE RICHIESTA AI DOCENTI DISABILI<sup>3</sup>

#### **MOBILITA' PER ATTIVITA' DIDATTICA - STA**

- Allegato 5 STA: da compilarsi a cura del docente;
- Allegato 6 STA: da compilarsi a cura dell'Ufficio ERASMUS in collaborazione con l'Ufficio Disabilità, ove presente.

### DOCUMENTAZIONE RICHIESTA AL PERSONALE DOCENTE E NON DOCENTE DISABILE<sup>4</sup>

#### **STAFF TRAINING - STT**

- Allegato 7 STT: da compilarsi a cura del docente/non docente;
- Allegato 8 STT: da compilarsi a cura dell'Ufficio ERASMUS in collaborazione con l'Ufficio Disabilità, ove presente.

L'Agenzia Nazionale resta a disposizione per ulteriori informazioni in merito (contatto: **Alessandra CENERONI** - [a.ceneroni@indire.it](mailto:a.ceneroni@indire.it) o **Claudia PERITORE** - [c.peritore@indire.it](mailto:c.peritore@indire.it) ).

Si comunica inoltre che tutta la documentazione relativa al presente bando, compresi gli Allegati, è disponibile al seguente indirizzo internet: [www.programmallp.it/erasmus](http://www.programmallp.it/erasmus) (sezione Moduli: "ERASMUS: bando disabili A.A. 2009-2010").

Distinti saluti,

Il Direttore Generale  
Massimo Radiciotti



<sup>3</sup> vedi nota 2

<sup>4</sup> vedi nota 2

**Allegato 1 SMS**

All'Ufficio ERASMUS  
(del proprio Istituto)

**PROGRAMMA LLP/ERASMUS - A.A. 2009/2010  
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 di poter usufruire di un contributo ad hoc forfetario ad incremento della borsa definita a livello nazionale (230 €) per un importo massimo pari a 500,00 €/mese.**

**Richiedo di poter usufruire anche di un ulteriore contributo definito sulla base della *Stima dei costi* 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 DISABILITA'	%
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)	

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

**INFORMAZIONI RELATIVE AD AIUTI ECONOMICI  
DI CUI LO STUDENTE 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	..... €
SARA' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>COFINANZIAMENTO DI ISTITUTO (ATENEI) PER IL SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ (non indicare i cofinanziamenti di istituto non legati strettamente alla disabilità)</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 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. 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>5</sup>]

DATA E LUOGO.....

---

<sup>5</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



**Allegato 2 SMS**

All'Agenzia LLP/ERASMUS

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

***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 ai fini di studio per l'anno accademico 2009/2010 per un periodo di mesi ..... ;
- svolgerà il proprio periodo Erasmus presso l'Istituto..... (indicare il codice Erasmus) ..... nella seguente area disciplinare..... (indicare il codice ISCED) .....

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 seguente Stima dei costi aggiuntivi è stata valutata con la collaborazione dell'Istituto ospitante (allegare eventuale documentazione).

**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 <sup>1</sup> (fisioterapia, controlli medici etc.)	
7. SPESE PER MATERIALI DIDATTICI SPECIFICI (es. registrazioni, materiale in Braille, fotocopie ingrandite etc)	
8. ALTRO SPECIFICARE	
<b>TOTALE COSTI PREVISTI (somma delle voci da 1 a 8)</b>	
<b>TOTALE SOVVENZIONE RICHIESTA</b>	

FIRMA.....  
[Responsabile Ufficio Erasmus]

DATA, LUOGO E TIMBRO .....

<sup>1</sup> Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante.

**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.**

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

<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.

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

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITÀ	
1) TIPO DI DISABILITÀ' (PATOLOGIA)	
2) PERCENTUALE DI DISABILITA'	%
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)	

**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'	<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	..... €
SARA' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
COFINANZIAMENTO DI ISTITUTO (ATENEO) PER IL SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ (non indicare i cofinanziamenti di istituto non legati strettamente alla disabilità)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INDICARE IMPORTO MENSILE	..... €
SARA' MANTENUTO ANCHE ALL'ESTERO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ALTRE SOVVENZIONI	<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 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 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>6</sup>]*

DATA E LUOGO.....

---

<sup>6</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.

**Allegato 4 - SMP**

All'Agenzia LLP/ERASMUS

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

**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 placement per l'anno accademico 2009/2010 per un periodo di mesi .....
- svolgerà il proprio periodo Erasmus presso l'impresa (indicare la denominazione, città e Paese della sede ospitante) .....

Dichiaro inoltre che:

4. il modello di candidatura presentato dallo studente è stato compilato in maniera completa e che i dati in esso contenuti sono veritieri e corretti;
5. che l'impresa ospitante 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'impresa;**
6. che la seguente Stima dei costi aggiuntivi è stata valutata con la collaborazione dell'impresa ospitante (allegare eventuale documentazione).



**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 <sup>1</sup> (fisioterapia, controlli medici etc.)	
7. SPESE PER MATERIALI DIDATTICI SPECIFICI (es. registrazioni, materiale in Braille, fotocopie ingrandite etc)	
8. ALTRO Specificare	
<b>TOTALE COSTI PREVISTI (somma delle voci da 1 a 8)</b>	
<b>TOTALE SOVVENZIONE RICHIESTA</b>	

FIRMA.....  
[Responsabile Ufficio Erasmus]

DATA, LUOGO E TIMBRO .....

<sup>1</sup> Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante.

**Allegato 5 - STA**

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

**PROGRAMMA LLP/ERASMUS - A.A. 2009/2010  
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 aggiuntivo rispetto alla borsa definita a livello nazionale (900 €) per un importo massimo pari a 2.000,00 Euro/flusso.**

**Richiedo di poter usufruire anche di un ulteriore contributo definito sulla base della *Stima dei costi aggiuntivi* di cui all'Allegato 6 STA.**

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

<b>INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITÀ</b>	
<b>1) TIPO DI DISABILITA' (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 (da specificare)</b>	

**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 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 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 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>7</sup>]

DATA E LUOGO.....

<sup>7</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.



**Allegato 6 - STA**

All'Agenzia LLP/ERASMUS

**PROGRAMMA LLP/ERASMUS - A.A. 2009/2010  
FONDI COMUNITARI DESTINATI AI DOCENTI DISABILI**

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

**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 il docente (nome e cognome).....:

- presta servizio presso il ns. Istituto;
- risulta assegnatario di una borsa Erasmus per attività didattica per l'anno accademico 2009/2010 per un periodo di    giorni ..... e ore ..... ;
- 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 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 in quanto disabile e **a tal fine si allega copia della lettera di accettazione/accoglienza dell'Istituto stesso;**
3. che la seguente Stima dei costi aggiuntivi è stata valutata con la collaborazione dell'Istituto ospitante (allegare eventuale documentazione).

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

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>8</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 (somma delle voce da 1 a 8)</b>	
<b>TOTALE SOVVENZIONE RICHIESTA</b>	

FIRMA.....

[Responsabile Ufficio Erasmus]

DATA, LUOGO E TIMBRO.....

<sup>8</sup> Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante.

**Allegato 7 - STT**

All'Ufficio ERASMUS  
(del proprio Istituto)

**PROGRAMMA LLP/ERASMUS - A.A. 2009/2010  
FONDI COMUNITARI DESTINATI AL PERSONALE DOCENTE E NON DOCENTE DISABILE  
STAFF TRAINING**

***MODULO DI CANDIDATURA***  
(da compilarsi a cura del 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.....

DOCENTE.....

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

ISTITUTO/IMPRESA OSPITANTE.....

CODICE ERASMUS ISTITUTO OSPITANTE (ove applicabile).....

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

MESE DI PARTENZA .....

AREA DISCIPLINARE (ove applicabile).....

**Richiedo di poter usufruire di un contributo aggiuntivo rispetto alla borse definita a livello nazionale (900 €) per un importo massimo pari a 2.000,00 Euro/flusso.**

**Richiedo di poter usufruire anche di un ulteriore contributo definito sulla base della *Stima dei costi aggiuntivi* di cui all'Allegato 8 STT.**



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

<b>INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITÀ</b>	
<b>1) TIPO DI DISABILITA' (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 (da specificare)</b>	

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

**INFORMAZIONI RELATIVE AD AIUTI ECONOMICI  
DI CUI IL DOCENTE O NON 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 conforme 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 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 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 non 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.

**Allegato 8 - STT**

All'Agenzia LLP/ERASMUS

**PROGRAMMA LLP/ERASMUS - A.A. 2009/2010  
FONDI COMUNITARI DESTINATI AL PERSONALE DOCENTE E NON DOCENTE DISABILE  
STAFF TRAINING**

**MODULO DI TRASMISSIONE**

(da compilarsi a cura dell'Ufficio ERASMUS)

**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 il docente/non docente (nome e cognome e funzione)

.....

- presta servizio presso il ns. Istituto;
- risulta assegnatario di una borsa Erasmus per Staff Training per l'anno accademico 2009/2010 per un periodo di giorni ..... ;
- svolgerà il proprio periodo Erasmus presso l'Istituto..... (indicare il codice Erasmus).....nella seguente area disciplinare..... (indicare il codice) .....
- svolgerà il proprio periodo Erasmus presso l'impresa..... (indicare la denominazione, Paese e città della sede ospitante)

Dichiaro inoltre che:

4. il modello di candidatura presentato dal docente/non docente è stato compilato in maniera completa e che i dati in esso contenuti sono veritieri e corretti;
5. che l'Istituto/impresa partner ha dichiarato di essere in grado di accogliere il docente/non docente in quanto disabile e *a tal fine si allega copia della lettera di accettazione/accoglienza dell'Istituto/impresa;*
6. 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**

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>9</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 (somma delle voce da 1 a 8)</b>	
<b>TOTALE SOVVENZIONE RICHIESTA</b>	

FIRMA.....  
[Responsabile Ufficio Erasmus]

DATA, LUOGO E TIMBRO.....

<sup>9</sup> Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante