**Allegato 2**

**Mobilità per attività didattica/formazione**

##### PROGRAMMA ERASMUS+

#####  SETTORE ISTRUZIONE SUPERIORE –KA131

##### CALL 2021

**FONDI COMUNITARI DESTINATI AI PARTECIPANTI CON MINORI OPPORTUNITA’**

**DOCENTI/STAFF**

**CON ESIGENZE RELATIVE A CONDIZIONI FISICHE, MENTALI O SANITARIE**

**MOBILITÀ PER ATTIVITÀ DIDATTICA**

###### da compilarsi a cura del docente candidato

# IO SOTTOSCRITTO

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| E MAIL |  |
| ISTITUTO DI PROVENIENZA | **Università di Catania** |
| CODICE ERASMUS ISTITUTO DI PROVENIENZA | **I CATANIA01** |
| ISTITUTO OSPITANTE |  |
| CODICE ERASMUS ISTITUTO OSPITANTE |  |
| CITTÀ E PAESE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MODALITÀ ATTIVITÀ | [ ]  MOBILITÀ FISICA[ ]  BLENDED[ ] VIRTUALE\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* |
| DURATA TOTALE DEL PERIODO DI MOBILITÀ (giorni) |  |
| di cui n. giorni in presenza |  |
| di cui n. giorni di attività virtuale\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* |  |
| MESE DI PARTENZA |  |

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

**MOBILITÀ PER ATTIVITÀ DI FORMAZIONE**

###### da compilarsi a cura del docente/staff candidato

# 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 |  |
| CITTÀ E PAESE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MODALITÀ ATTIVITÀ | [ ]  MOBILITÀ FISICA[ ]  BLENDED[ ]  VIRTUALE\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* |
| DURATA TOTALE DEL PERIODO DI MOBILITÀ (giorni) |  |
| di cui n. giorni in presenza |  |
| di cui n. giorni in virtuale\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* |  |
| MESE DI PARTENZA |  |

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

**MOBILITÀ PER ATTIVITÀ DIDATTICA E PER FORMAZIONE**

|  |
| --- |
| INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITÀ |
| **1)** TIPO DI DISABILITà (PATOLOGIA) |  |
| **2)** percentuale di disabilità | % |
| **3)** ASSISTENZA permanente | [ ]  SI [ ]  NO |
| **4)** ASSISTENZA parziale | [ ]  SI [ ]  NO |
| **5)** cure mediche (fisioterapia, controlli, esami speciali, etc.) | [ ]  SI [ ]  NO |
| **6)** materiali didattici specifici (in braille, registrazione delle lezioni, fotocopie ingrandite, etc.) | [ ]  SI [ ]  NO |
| **7)** ATTREZZATURA, SOFTWARE SPECIFICI PER SVOLGIMENTO DIDATTICA/ FORMAZIONE A DISTANZA\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* | [ ]  SI [ ]  NO |
| **8)** ALLOGGIO ATTREZZATO | [ ]  SI [ ]  NO |
| **9)** altro (specificare) | [ ]  SI [ ]  NO |

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI RELATIVE AD AIUTI ECONOMICI DI CUI IL DOCENTE/STAFF È BENEFICIARIO** |
| **Pensione d’invalidità** | [ ]  SI [ ]  NO |
| indicare importo mensile | ………………………. € |
| **Assegno d’accompagno** | [ ]  SI [ ]  NO |
| indicare importo mensile | ………………………. € |

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

**Dichiaro che le informazioni fornite in questo modulo sono vere e corrette.**

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:

|  |
| --- |
|  |

**TUTELA DEI DATI**

Tutti i dati personali indicati nel presente Allegato saranno trattati a norma del Regolamento n. 1725/2018 del Parlamento Europeo e del Consiglio d’Europa per la tutela dei singoli, nel rispetto del trattamento dei dati personali da parte delle istituzioni e degli organismi comunitari, e della libera circolazione degli stessi. I dati personali saranno trattati esclusivamente per dare esecuzione all’Accordo da parte dell’Istituto di appartenenza, dall’Agenzia Nazionale e dalla Commissione Europea, senza pregiudicare la possibilità di poterli trasmettere a organismi responsabili di controllo e revisione contabile secondo la normativa comunitaria (Corte dei Conti o Ufficio Europeo Antifrode - OLAF).

I dati personali forniti formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela degli interessati cui è ispirata l’attività di INDIRE.

Tali dati verranno trattati nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal GDPR, prevalentemente con procedure informatiche automatizzate su server ubicati in Italia, presso le sedi Indire.

I dati potranno essere trattati anche in modalità non elettronica, con l’ausilio di strumenti manuali.

Il conferimento dei dati richiesti ha natura facoltativa tuttavia un eventuale rifiuto a rendere le dichiarazioni previste comporterà l’impossibilità di procedere a partecipare all’iniziativa sopra descritta.

I dati saranno conservati per tutta la durata del progetto ed anche successivamente alla cessazione dello stesso per il periodo di tempo necessario per ottemperare ad obblighi di legge o a provvedimenti di autorità di controllo e/o di vigilanza.

I dati personali non saranno trasferiti ad un Paese terzo extra UE o ad organizzazioni internazionali.

I dati personali non saranno oggetto di un processo decisionale automatizzato né di profilazione.

Gli articoli da 15 a 22 del GDPR, ove applicabili, Le conferiscono in qualità di interessato l’esercizio di specifici diritti, tra cui, in particolare, il diritto di chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai Suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati.

Laddove il trattamento dei Suoi dati personali fosse basato su una Sua manifestazione del consenso, Ella ha diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza tuttavia pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

In qualità di interessato, ha infine specifico diritto di proporre un reclamo all’Autorità Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma, Piazza di Monte Citorio n. 121.

Può inoltre presentare ricorso al Garante Europeo per la Tutela dei Dati, in riferimento alle modalità d’uso di tali dati da parte della Commissione Europea.

Per complete ed esaustive informazioni sul trattamento dei dati personali è possibile consultare la sezione privacy del sito istituzionale di INDIRE.

Si richiama, infine, l’informativa sulla privacy all’indirizzo seguente:

<https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/specific-privacy-statement_en>

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA*[DOCENTE/STAFF , o persona da lui autorizzata alla firma[[1]](#footnote-1)]* |  |
| DATA E LUOGO |  |

###### MOBILITÀ PER ATTIVITÀ DIDATTICA E PER FORMAZIONE

**da compilarsi a cura dell’Ufficio Erasmus**

**e da inviare alla AN via PEC in allegato ad una nota di trasmissione a firma digitale del Rappresentante Legale**

|  |  |
| --- | --- |
| ISTITUTO (DENOMINAZIONE) |  |
| ISTITUTO (CODICE ERASMUS) |  |
| ISTITUTO (N.PROGETTO) |  |
| RESPONSABILE UFFICIO ERASMUS (nome e cognome) |  |
| RESPONSABILE UFFICIO ERASMUS (@) |  |

**MOBILITÀ ATTIVITÀ DIDATTICA**

Dichiaro che il **docente** (nome e cognome) …………………………………………:

[ ]  presta servizio presso il ns. Istituto;

[ ]  risulta assegnatario di una borsa Erasmus per **attività didattica** per la Call 2021 per un periodo di giorni ………………… e ore ………………;

[ ]  svolgerà il proprio periodo Erasmus presso **l’Istituto**…………………………………….

(indicare il codice Erasmus) ……………………………………………………………………………

[ ]  L’ISTITUTO OSPITANTE **ha accettato** il docente

(nome e cognome) ...................................................................

in mobilità per il periodo suddetto ed è in grado di offrire strutture/servizi adeguati alle esigenze speciali del partecipante in mobilità

[ ]  è in possesso del certificato di invalidità (indicare la percentuale\_\_\_\_\_\_) o del certificato medico in caso di DSA, CELIACHIA o altre patologie

**MOBILITÀ ATTIVITÀ DI FORMAZIONE**

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

[ ]  presta servizio presso il ns. Istituto;

[ ]  risulta assegnatario di una borsa Erasmus per **attività formazione** per la Call 2021 per un periodo di giorni ……………………;

[ ]  svolgerà il proprio periodo Erasmus presso **l’Istituto/Impresa**……………………………………. (indicare il codice Erasmus) ……………………………………………………………………………

[ ]  L’IMPRESA OSPITANTE **ha accettato** il docente/staff (nome e cognome) .......................................

in mobilità per il periodo suddetto ed è in grado di offrire strutture/servizi adeguati alle esigenze speciali del partecipante in mobilità

[ ]  è in possesso del certificato di invalidità (indicare la percentuale\_\_\_\_\_\_) o del certificato medico in caso di DSA, CELIACHIA o altre patologie

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 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**

**MOBILITÀ PER ATTIVITÀ DIDATTICA E PER FORMAZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| **STIMA DEI COSTI AGGIUNTIVI** | **IMPORTO TOTALE PER IL PERIODO****(IN EURO)** |
| **1.** ACCOMPAGNATORESpese di viaggio a/rSistemazione 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 [[2]](#footnote-2)(fisioterapia, controlli medici etc.) |  |
| **7.** SPESE PER MATERIALI DIDATTICI SPECIFICI(es. registrazioni, materiale in Braille, fotocopie ingrandite etc.)  |  |
| **8.** VISITA PREPARATORIA(VIAGGIO, SOGGIORNO PARTECIPANTE) |  |
| **9.** VISITA PREPARATORIA (VIAGGIO, SOGGIORNO ACCOMPAGNATORE) |  |
| **10**. ATTREZZATURA, SOFTWARE SPECIFICI PER SVOLGIMENTO DIDATTICA/ FORMAZIONE A DISTANZA\*\**solo in caso di attività virtuali realizzate a causa del Covid-19* |  |
| **11.** ALTRO *(inserire descrizione dettagliata degli eventuali altri costi aggiuntivi necessari)* |  |
| **TOTALE COSTI PREVISTI****(somma della voce da 1 a 11)** |  |
| **TOTALE CONTRIBUTO AGGIUNTIVO RICHIESTO** |  |

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Le cure mediche dovranno svolgersi nel Paese ospitante. [↑](#footnote-ref-2)