



DUAL MOB



Dual Training through Mobility

Codice del progetto: 2017-1-IT01-KA102-005930

CUP: G37H17000710006

Soggetto promotore

Soggetto partner



Progetto: Dual MOB - Dual Training through Mobility

Proj Ref. 2017-1-IT01-KA102-005930

CUP G37H17000710006

Domanda di candidatura Mobilità Studenti

Da compilare al computer o in stampatello in ogni sua parte e sottoscrivere

Tutte le informazioni fornite saranno trattate ai sensi della Legge 196/03 e successive modifiche ed avranno validità di DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto/a

Cognome

Nome

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Indirizzo

CAP

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Comune

Prov.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Luogo di nascita

Data di nascita

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



Cittadinanza		
<input type="text"/>		
Codice Fiscale	Tel.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cellulare	Email personale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tipo documento riconoscimento	Numero documento	Data scadenza documento
Carta identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numero tessera sanitaria europea	Data di scadenza tessera sanitaria	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nome della persona da contattare per emergenze e grado di parentela	Telefono da contattare in caso di emergenze	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Istituto di appartenenza	Classe	Indirizzo di qualifica/diploma professionale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Preso visione del Bando di selezione del Progetto Dual MOB - Dual Training through Mobility – Erasmus+ KA1 VET

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per l'assegnazione di una borsa di mobilità ERASMUS+ nell'ambito del Progetto Dual MOB - Dual Training through Mobility per svolgere un'esperienza di mobilità all'estero.

DICHIARA

- di non essere beneficiario nello stesso periodo di un contributo comunitario previsto da altri programmi o azioni finanziate dalla Commissione Europea o di una borsa nell'ambito di altri Programma di Mobilità Internazionale
- se cittadino extracomunitario che desidera partecipare ad un'esperienza di mobilità nel Regno Unito, di essere in possesso di un passaporto valido e di un visto di ingresso per poter entrare nel paese.

Informazioni ulteriori

STATO DI SALUTE / ESIGENZE MEDICHE / ALIMENTARI	
Ha delle particolari esigenze alimentari, per es. per motivi medici (celiachia), religiosi o per scelta	<input type="text"/>



personale (vegetariano, vegano, ecc.)? (✓)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, descriva nel dettaglio:
Soffre di qualche tipo di allergia? (cibo, medicine, pollini ecc.) (✓)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, descriva nel dettaglio:
NON POSSO vivere con (✓)	<input type="checkbox"/> Gatti <input type="checkbox"/> Cani <input type="checkbox"/> Altri animali domestici: _____
Ha qualche disabilità (limitazioni fisiche e non) che potrebbero condizionare la sistemazione o la partecipazione alle attività quotidiane della famiglia e/o della scuola? (✓)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, descriva nel dettaglio:
Fuma? (✓)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Necessita di medicazioni quotidiane? (✓)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, descriva nel dettaglio:
Riceve trattamenti medici? (✓)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, descriva nel dettaglio:
Indicare se ci sono attività che non si possono svolgere per problemi di salute	



(allergie, etc.)	
------------------	--

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole della responsabilità penale a cui, ai sensi dell'art.76 del d.p.r.445/2000, può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci (artt.483, 485, 486 c.p.), sotto la sua personale responsabilità. Il/la Sottoscritto/a autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03.

N.B Nel caso il partecipante non sia nella possibilità di partire per cause di forza maggiore dovrà comunicare tale imprevisto al coordinamento progettuale.

In tutti i casi il partecipante dovrà sottoscrivere una lettera di rinuncia alla mobilità transnazionale motivando le cause della mancata partecipazione. In caso di rinuncia prima della partenza, il beneficiario dovrà corrispondere al soggetto promotore l'importo corrispondente al massimale previsto per il biglietto aereo (€ 275,00). In ogni caso, il beneficiario dovrà fornire per l'eventuale rinuncia un preavviso di almeno 10 giorni rispetto alla data di partenza.

Norme comportamentali

Tutti i partecipanti dovranno:

- assumere un atteggiamento rispettoso nei modi e nel linguaggio,
- rispettare le regole concordate con il tutor accompagnatore e con i rappresentanti dell'ente ospitante,
- rientrare presso la struttura ospitante entro l'ora stabilita per la cena,
- rispettare rigorosamente gli orari stabiliti per il tirocinio,
- rispettare gli ambienti, le attrezzature messe a disposizione dall'ente ospitante,
- rispettare le tradizioni religiose, culturali, gastronomiche, gli usi e i costumi del paese ospitante,
- rispettare le regole comportamentali previste dall'azienda/CFP, gli ambienti e le attrezzature,
- indossare un abbigliamento adeguato ed assumere un atteggiamento rispettoso nei confronti del formatore accompagnatore, dei tutor aziendali e delle altre risorse umane presenti.

In caso di mancato rispetto delle norme comportamentali, di conseguente espulsione dal progetto, o di comunicazione tardiva (10 gg) in riferimento all'impossibilità di partecipare alla mobilità, se non dovesse essere individuato un sostituto, il beneficiario dovrà corrispondere al soggetto promotore l'importo dell'intera borsa di tirocinio (Spagna euro 1.290,00).

Data _____

Firma studente _____

Firma primo genitore _____ Firma secondo genitore _____