|  |  |
| --- | --- |
| https://upload.wikimedia.org/wikipedia/it/4/48/Logo_Universit%C3%A0_di_Perugia.gif | **Richiesta di partecipazione al programma ERASMUS+ / Staff Mobility for Training****Anno Accademico 2019/2020** |

1. **Cognome:** ………………………………………………………………
2. **Nome:** ……………………………………………………………………
3. **Codice Fiscale:** ………………………………………………………...
4. **E-mail:** …………………………………………………………………...
5. **Tel – Cell.:** ………………………………………………………………
6. **Qualifica:** □ Professore □ Ricercatore □ Assegnisti □ Dirigente □ TAB / CEL

**Anzianità di servizio**

** < 5 anni**

** > 5 e < 10 anni**

** > 10 e < 20 anni**

** > 20 anni**

1. **Se ricercatori, dirigenti o TAB/CEL a tempo determinato, indicare le date di inizio e fine del contratto:**

**Inizio:** dd/mm/aaaa **Fine:** dd/mm/aaaa

1. **Dipartimento – Struttura di afferenza:** ………………………………….…..…..

**9. Nome sede estera ospitante:** ……………………………………………………..

**10. Codice Erasmus (se presente):** …………………………………………………

1. **Nazione:** ……………………………………………………………………………...

**12. Periodo di mobilità. Indicare le date di inizio e fine (le date di inizio e fine della mobilità devono coincidere rispettivamente con il primo giorno e l’ultimo giorno in cui il beneficiario deve essere presente presso l’Istituto)**

**Inizio:** dd/mm/aaaa **Fine:** dd/mm/aaaa

**13. Dichiara di aver usufruito della mobilità Erasmus per formazione all’estero nell’ambito del programma Erasmus, come segue (non compilare se non applicabile):**

a.a. 2016/2017 Staff Mobility presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attività effettuata:

** Job shadowing**

** Staff-week**

** Formazione linguistica**

a.a. 2017/2018 Staff Mobility presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attività effettuata:

** Job shadowing**

** Staff-week**

** Formazione linguistica**

a.a. 2018/2019 Staff Mobility presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attività effettuata:

** Job shadowing**

** Staff-week**

** Formazione linguistica**

**14.** **Informativa relativa al trattamento dei dati personali: ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, preso atto dell’informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità e con le modalità sopra indicate.**

□ SI □ NO

**15. Note / Notes**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Luogo, data:** ……………………

**Firma** ………………………………

**DA COMPILARE SOLO PER IL PERSONALE TAB/CEL:**

**PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA**

**Si autorizza la partecipazione al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**in quanto la materia oggetto del periodo di mobilità è pertinente con le attività lavorative del richiedente e sussiste la compatibilità organizzativa con le esigenze della struttura., nonché, in caso di formazione a titolo oneroso, le eventuali quote di iscrizione saranno a carico di:**

** struttura di appartenenza  a carico del richiedente**

**Timbro e firma del Responsabile della Struttura di Appartenenza**