



Allegato 1

MODULO DI DOMANDA CANDIDATI DOTTORANDI

PROPOSTA DI TIROCINIO ERASMUS+ a.a. 2024/2025

ATTENZIONE: compilare obbligatoriamente il documento in tutte le sue parti, **firmarlo e allegarlo alla candidatura online in pdf**

DATI DELLO STUDENTE

COGNOME	
NOME	
n. MATRICOLA	
CORSO DI DOTTORATO IN	
DOCENTE SUPERVISOR PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE (indicare nome e cognome)	
PRECEDENTI MOBILITÀ ERASMUS STUDIO O TIROCINIO NEL CICLO DI STUDI A CUI SONO ISCRITTO	<input type="checkbox"/> Si Se sì, per un totale di.....mesi (indicare il numero di mesi) nell'a.a. (indicare l'anno accademico in cui si è svolto il periodo all'estero) <input type="checkbox"/> No
DICHIARO DI RIENTRARE IN UNA DELLE SEGUENTI CASISTICHE (indicare una delle voci elencate)	<input type="checkbox"/> partecipante con ISEE 2024 pari o inferiore a € 27.726,79 <input type="checkbox"/> partecipante con problemi fisici, mentali e di salute certificati in possesso di certificazione di handicap ai sensi della L. 104/92 in corso di validità e/o in possesso di certificazione di invalidità civile in corso di validità <input type="checkbox"/> partecipante orfano di almeno un genitore prima della maggiore età (18 anni) <input type="checkbox"/> partecipante con figli minori <input type="checkbox"/> partecipante figlio di vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
DICHIARO DI NON USUFRUIRE NELLO STESSO PERIODO IN CUI BENEFICIO DEL FINANZIAMENTO ERASMUS+ TRAINEESHIP DI ALTRO FINANZIAMENTO EUROPEO	



Erasmus+

AGENZIA
NAZIONALE
INDIRE



INDIRE
ISTITUTO
NAZIONALE
DOCUMENTAZIONE
INNOVAZIONE
RICERCA EDUCATIVA

ENTE OSPITANTE

NOME ENTE OSPITANTE	
CITTÀ E NAZIONE	
PERIODO DI TIROCINIO	n. mesi (indicare quanti mesi da un minimo di 2 a un massimo di 6)
	preferibilmente dal mese di al mese di

TIROCINIO

BREVE DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI E DELLE ATTIVITÀ DEL PERIODO DI TIROCINIO/RICERCA ALL'ESTERO	
---	--

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy e di aver compreso le informazioni in essa contenute. Il sottoscritto autorizza l'Università degli Studi di Udine al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge.

Data

Firma dello studente

.....

Firma del docente supervisor

.....