

A.A.

All'Università Vita-Salute San Raffaele

Il/La sottoscritto/a (nome).....(cognome).....

Matricola corso di laurea attualmente frequentato

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

cittadinanza.....nato/a il.....

residente in via.....n.....città.....CAP.....

tel.tel. cellularee-mail:.....

consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76, D.P.R. 28 dicembre 2000, N. 445 in caso di false dichiarazioni,

dichiara sotto la propria responsabilità di essere REGOLARMENTE iscritto/a per l'a.a.

alla Facoltà di.....

- Laurea Triennale Laurea Specialistica a Ciclo Unico Laurea Specialistica

del Corso di laurea in.....anno di corso

- al Dottorato di Ricerca.....anno di corso
- alla Scuola di Specialitàanno di corso

Bilinguismo - Lingua 1.....Lingua 2.....

CHIEDE

Di poter effettuare una mobilità ERASMUS TRAINEESHIP e ricevere l'assegnazione del contributo per la copertura del periodo di tirocinio all'estero

Ai fini dell'assegnazione del contributo ERASMUS TRAINEESHIP, il/la sottoscritto/a dichiara:

- di non usufruire contemporaneamente di altri finanziamenti per soggiorni all'estero erogati su fondi dell'Unione Europea o dell'Università Vita-Salute San Raffaele;
- di aver reperito un'azienda disponibile al tirocinio; i dati relativi a tale azienda sono forniti nell'Agreement Form allegato
- di essere in possesso di un certificato che attesti la conoscenza di base della lingua del Paese di destinazione (Livello Internazionale A2) o, in alternativa, un' Autocertificazione della stessa da allegarsi alla richiesta di ammissione. Per i Paesi le cui lingue sono meno diffuse, di quella Inglese.
- di essere consapevole che la domanda sarà ritenuta completa solo se corredata dall'**Agreement Form** firmato dall'Azienda.

Il/la sottoscritto/a dichiara che l'Agreement Form: è allegato in forma cartacea al presente Modulo di Richiesta Ammissione al Programma Erasmus+ *TRAINEESHIP*

perverrà all'indirizzo e-mail dell' Ufficio Erasmus+ direttamente dall'Azienda entro e non oltre la data e l'ora di scadenza del Bando (.....).

Io sottoscritto dichiaro che durante il ciclo di studio a cui sono iscritto:

- non ho effettuato un periodo di mobilità
- ho effettuato un periodo di mobilità per Studio Traineeship (ex Placement)

nell'a.a. della durata di..... mesi presso

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali sopra riportati, di cui dichiara la veridicità, ai sensi dell'art. 7, 13 e 24 della Legge 196/2003.

Milano, _____ (firma)

I dati personali trasmessi dai candidati con la domanda di partecipazione al programma Erasmus + ai sensi dell'art. 13 e visto l'art. 24 del D.L. 196/2003, saranno trattati per le finalità di gestione della procedura di selezione e dell'eventuale procedimento di assegnazione del contributo. In qualsiasi momento gli interessati potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.L. 196/2003 nei confronti del titolare del trattamento dei dati personali: Università Vita-Salute San Raffaele - Via Olgettina 58 - 20132 Milano.

Attachment I

A.Y.

Università Vita-Salute San Raffaele

The undersigned (name).....(surname).....

Registration Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Citizenship.....place and date of birth.....

Address

Phone N.e-mail:.....

ware of the penalties referred to Article. 76 D.P.R. 28 December 2000, N. 445 in case of false declarations, I declare under my own responsibility to be REGULARLY registered for A.Y/..... at the Faculty of

- I Level Degree
 II Level Degree
 III Level Degree

IN.....Year of Enrollment

Ph.D. Program inYear of Enrollment.....

Residential SchoolYear of Enrollment.....

Bilingualism – Language 1.....Language 2.....

REQUESTS

To be admitted at the Erasmus Traineeship Mobility and to compete to the awarding of the EU grant supporting

For the purpose, the undersigned declares:

- Not to be in the position of receiving any other type of EU contribution for international mobility;
- To have found an Institution available for the internship; the data of the Institution company are provided in the Agreement Form in attachment;
- To be in possession of a Certificate of proficiency in the language of the hosting Country – where required by the host Institution.
- to be aware that the application will be deemed complete only along with the Agreement Form duly signed and stamped by the host Institution.

- The undersigned declares that the Agreement Form is attached in paper format to this Request of Admission Form to the Erasmus+ Traineeship Program; or
 Will be sent directly by the host Institution to the Erasmus + Office email address no later than the date and time of expiry of the Erasmus+/Traineeship Call.

I, the undersigned, declare that during the cycle of studies I am enrolled in:

- I have not had an Erasmus mobility period
 I have had n Erasmus mobility period for Studies Traineeship (before Placement)

During the a. y. with a duration of months at

Milan, _____ (Signature)

COMPANY AGREEMENT FORM**[Please copy on company's headed paper before signing in original]**

We hereby confirm that we are willing to host **Mr/Ms**..... student of the Vita-Salute San Raffaele University, as an Erasmus Traineeship trainee in our company, if he/she obtains an Erasmus *Traineeship* contribution under the University of Vita-Salute San Raffaele's Erasmus Traineeship framework.

We intend to entrust him/her with tasks and responsibilities according to his/her studies, qualifications and knowledge.

Traineeship starting date: (any date within 01/06/.....- 30/09/.....)

Traineeship duration: weeks (..... months)

Contents/Task of the proposed traineeship: Detailed description of trainee's tasks (minimum 8 full lines):

.....

.....

.....

.....

.....

Form of implementation:

Working hours per day (no more than 40 hours per week)

Information on the host enterprise:

Name of company: Enterprise legal form:.....

Name of legal head of company:

Address:.....

Country:.....Tel:.....Fax:

e-mail:Web site.....

Name of Traineeship supervisor at the company ("tutor"):

Tutor's e-mail:Tutor's phone number:.....

Number of employees.....VAT or Association Registration nr:

Short description of enterprise activities:

.....

.....

.....

.....

Optional: if you have checked the candidate's knowledge of the language(s) required for the Traineeship, please fill out the following declaration:

"We declare that the candidate has an adequate knowledge of the language to carry out the training Traineeship at our company."

Date: Name of company legal representative:

Signature:

Company stamp (compulsory whenever this form is not written on headed paper)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
 (art.46 DPR n° 445/00)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
 (art. 47 DPR 445/00)

Il sottoscritto

Cognome
 (per le donne indicare il cognome da nubile)
 Nome
 Codice Fiscale
 Nato a (prov) il Sesso
 Attualmente residente a..... (prov.)
 Indirizzo n C.a.p
 Telefono:.....

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Dichiara:

.....

Il sottoscritto dichiara di avere letto l'informativa di cui al D.Lgs. 196/03, resa nel bando di concorso ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali e sensibili forniti possano essere trattati con le modalità e per le finalità ivi indicate.

Data.....

Il dichiarante

.....

Io sottoscritto/ The undersigned

nato a/ Place of birth

il/ Date of birth

residente in /Address

Via/Street _____ n. _____ cap/zip code _____

DICHIARA/DECLARES

Di accettare il posto in scambio Erasmus assegnatogli presso / To accept the Erasmus position assigned at:

(indicare l'Ateneo o l' Ente di destinazione assegnato) / (please write the name of the University or Institution assigned)

Si allegano alla presente/Herein:

Copia Documento di Identità /ID – Passport (copy)

Copia Codice Fiscale/ Fiscal/Tax code (copy)

In fede

FIRMA / SIGNATURE

UniSR	Dichiarazione di Rinuncia Posto in Scambio Programma Erasmus+/ Withdraw of position in Erasmus+	MO 7.5-5-2 Rev. 01 del 25/03/2014 RO 7.5-5 pag. 1 di 1
--------------	--	---

Io sottoscritto/ The undersigned

nato a/ Place of birth

il/ Date of birth

residente in /Address

Via/Street _____ n. _____ cap/zip code _____

DICHIARA/DECLARES

Di rinunciare al posto in scambio Erasmus assegnatogli presso / To withdraw from the Erasmus position assigned at:

(indicare l'Ateneo o l' Ente di destinazione assegnato) / (please write the name of the University or Institution assigned)

Si allegano alla presente/Herein:

Copia Documento di Identità /ID – Passport (copy)

Copia Codice Fiscale/ Fiscal/Tax code (copy)

In fede

FIRMA / SIGNATURE
