



**Erasmus+**

AGENZIA  
NAZIONALE  
INDIRE



ISTITUTO  
NAZIONALE  
DOCUMENTAZIONE  
INNOVAZIONE  
RICERCA EDUCATIVA

Allegato 1

**MODULO DI DOMANDA CANDIDATI STUDENTI  
PROPOSTA DI TIROCINIO ERASMUS+ a.a. 2025/2026**

**ATTENZIONE:** compilare obbligatoriamente il documento al computer e in tutte le sue parti, firmarlo, farlo firmare al delegato alla mobilità del proprio corso di studi e allegarlo alla candidatura online in pdf

**DATI DELLO STUDENTE**

<b>COGNOME</b>	
<b>NOME</b>	
<b>n. MATRICOLA</b>	
<b>TIPO DI CORSO DI STUDI</b>	<input type="checkbox"/> <b>Laura (triennale)</b> <input type="checkbox"/> <b>Laura magistrale</b> <input type="checkbox"/> <b>Laura magistrale a ciclo unico</b>
<b>CORSO DI STUDI IN</b> (indicare il corso di studi a cui si è iscritti)	
<b>DELEGATO ALLA MOBILITÀ DEL PROPRIO CORSO DI STUDI</b> (indicare nome e cognome)	
<b>STUDENTE DELLA SCUOLA SUPERIORE UNIVERSITARIA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE (SUPE)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>PRECEDENTI MOBILITÀ ERASMUS STUDIO O TIROCINIO NEL CICLO DI STUDI A CUI SONO ISCRITTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <b>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)</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>



**Erasmus+**

AGENZIA  
NAZIONALE  
INDIRE



ISTITUTO  
NAZIONALE  
DOCUMENTAZIONE  
INNOVAZIONE  
RICERCA EDUCATIVA

**DICHIARO DI RIENTRARE  
IN UNA DELLE SEGUENTI  
CASISTICHE** (indicare una  
delle voci elencate)

- partecipante con ISEE 2025 pari o inferiore a € 27.948,60
- 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
- partecipante orfano di almeno un genitore prima della maggiore età (18 anni)
- partecipante con figli minori
- 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**

**ENTE OSPITANTE**

<b>NOME ENTE OSPITANTE</b>	
<b>CITTÀ E NAZIONE</b>	

**TIROCINIO**

- TIROCINIO CURRICULARE PREVISTO DAL PIANO DI STUDIO**
- TIROCINIO RICONOSCIUTO DA CREDITI A SCELTA LIBERA DELLO STUDENTE (minimo 3 CFU)**
- TIROCINIO RICONOSCIUTO COME ATTIVITÀ DI RICERCA PER LA TESI DI LAUREA O LA PROVA FINALE.**

- **INDICARE IL NOME DEL RELATORE:**

.....

- **INDICARE L'ARGOMENTO DELLA TESI DI LAUREA:**



**Erasmus+**

AGENZIA  
NAZIONALE  
INDIRE



**IND  
IRE**

ISTITUTO  
NAZIONALE  
DOCUMENTAZIONE  
INNOVAZIONE  
RICERCA EDUCATIVA

**BREVE DESCRIZIONE DEL  
PROGRAMMA DI TIROCINIO  
RIPORTATO NELLA ERASMUS+  
TRAINEESHIP LETTER OF  
INTENT**

**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.....**



**Erasmus+**

AGENZIA  
NAZIONALE  
INDIRE



ISTITUTO  
NAZIONALE  
DOCUMENTAZIONE  
INNOVAZIONE  
Ricerca EDUCATIVA

## CONOSCENZA LINGUISTICA

**DICHIARO DI POSSEDERE IL SEGUENTE LIVELLO LINGUISTICO PER LA LINGUA INGLESE:**

- B1**
- B2**
- C1**
- C2**

**DICHIARO DI POSSEDERE IL SEGUENTE LIVELLO LINGUISTICO PER LA LINGUA DEL PAESE IN CUI SVOLGERÒ IL TIROCINIO (SE DIVERSA DALL'INGLESE).** Indicare il livello linguistico con accanto la lingua conosciuta.

- A1 – lingua.....**
- A2 – lingua.....**
- B1 - lingua.....**
- B2 - lingua.....**
- C1 - lingua.....**
- C2 - lingua.....**

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 DELEGATO ALLA MOBILITÀ DEL PROPRIO CORSO DI STUDIO**

.....