



Allegato 1

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

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

DATI DELLO STUDENTE

COGNOME	
NOME	
n. MATRICOLA	
CORSO DI DOTTORATO IN	
INDICARE SU CHE FONDI VIENE PAGATA LA BORSA DI DOTTORATO	
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 2025 pari o inferiore a € 27.948,60 <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

ENTE OSPITANTE

NOME ENTE OSPITANTE	
CITTÀ E NAZIONE	

TIROCINIO

BREVE DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI E DELLE ATTIVITÀ DEL PERIODO DI TIROCINIO/RICERCA ALL'ESTERO COME RIPORTATO NELLA ERASMUS+ TRAINEESHIP LETTER OF INTENT	
---	--



PERIODO DI TIROCINIO	n. mesi (<i>indicare quanti mesi da un minimo di 2 a un massimo di 6</i>)
	preferibilmente dal mese di al mese di.....

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 DEL DOTTORANDO

.....

FIRMA DEL DOCENTE SUPERVISOR

.....