



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**

<b>COGNOME</b>	
<b>NOME</b>	
<b>n. MATRICOLA</b>	
<b>CORSO DI DOTTORATO IN</b>	
<b>INDICARE SU CHE FONDI VIENE PAGATA LA BORSA DI DOTTORATO</b>	
<b>DOCENTE SUPERVISOR PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE</b> (indicare nome e cognome)	
<b>PRECEDENTI MOBILITÀ ERASMUS STUDIO O TIROCINIO NEL CICLO DI STUDI A CUI SONO ISCRITTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>Si</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)  <input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>DICHIARO DI RIENTRARE IN UNA DELLE SEGUENTI CASISTICHE</b> (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)



Erasmus+

AGENZIA  
NAZIONALE  
INDIRE



**INDIRE**  
ISTITUTO NAZIONALE  
DOCUMENTAZIONE  
INNOVAZIONE  
RICERCA EDUCATIVA

	<input type="checkbox"/> partecipante con figli minori <input type="checkbox"/> partecipante figlio di vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
<b>DICHIARO DI NON USUFRUIRE NELLO STESSO PERIODO IN CUI BENEFICIO DEL FINANZIAMENTO ERASMUS+ TRAINEESHIP DI ALTRO FINANZIAMENTO EUROPEO</b>	

#### ENTE OSPITANTE

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

#### TIROCINIO

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



Erasmus+

AGENZIA  
NAZIONALE  
INDIRE



**INDIRE**  
ISTITUTO  
NAZIONALE  
DOCUMENTAZIONE  
INNOVAZIONE  
RICERCA EDUCATIVA

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

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**

.....