



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE



Erasmus+

## ALLEGATO B

# PROGRAMMA COMUNITARIO ERASMUS +

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MOBILITA' ERASMUS PER ATTIVITA' DIDATTICA (STAFF MOBILITY FOR TEACHING) - ANNO ACCADEMICO 2022-2023

### INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza: Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Tel. \_\_\_\_\_  
Tel. mobile \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### DATI ACCADEMICI

Categoria di docenza per l'anno accademico 2022-2023:

☐ Prof. Ordinario ☐ Prof. Associato ☐ Ricercatore ☐ Prof. a contratto

Dipartimento di afferenza \_\_\_\_\_

Insegnamento \_\_\_\_\_

Anzianità di servizio \_\_\_\_\_

Coordinatore Erasmus di Dipartimento/Corso di Studio ☐ SI ☐ NO

specificare \_\_\_\_\_

Componente Commissione Erasmus di Dipartimento/Corso di Studio riconosciuto con delibera

☐ SI ☐ No

specificare \_\_\_\_\_

Responsabile scientifico di accordi internazionali ☐ SI ☐ NO

specificare accordi \_\_\_\_\_

### COMPETENZE LINGUISTICHE

PRIMA LINGUA: (indicare la prima lingua) \_\_\_\_\_

| ALTRE LINGUE<br>(specificare) | Capacità di lettura<br>(indicare il livello:<br>eccellente, buono,<br>elementare) | Capacità di scrittura<br>(indicare il livello:<br>eccellente, buono,<br>elementare) | Capacità di<br>espressione orale<br>(indicare il livello:<br>eccellente, buono,<br>elementare) |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               |                                                                                   |                                                                                     |                                                                                                |
|                               |                                                                                   |                                                                                     |                                                                                                |
|                               |                                                                                   |                                                                                     |                                                                                                |

In virtù dell'accordo bilaterale stipulato nell'ambito del Programma Erasmus+ per l'anno in corso con:

Università \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Area disciplinare dello scambio \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

di potere effettuare un periodo di insegnamento Erasmus presso la suddetta Università come segue:

### **DOCENZA ALL'ESTERO**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

totale giorni \_\_\_\_\_ ore di docenza \_\_\_\_\_ (almeno 8)

Area di docenza \_\_\_\_\_

Livello di docenza: primo ciclo ☐ secondo ciclo ☐ terzo ciclo ☐

Lingua da usare per la docenza \_\_\_\_\_

Titolo del corso/seminario o argomento delle lezioni: \_\_\_\_\_

A tal fine il/la sottoscritt **dichiara**:

- di avere preso visione del Bando di Ateneo per la mobilità dei docenti per attività didattica nell'ambito del Programma Erasmus+ per l'anno accademico 2022-2023 e dei suoi allegati;
- che l'insegnamento sarà parte integrante del programma di studi dell'Istituto ospitante e che l'attività che andrà a svolgere rientra in una di quelle ammissibili dall'Agenzia Nazionale Erasmus + Indire;
- che sceglierà il metodo di viaggio più economico;
- di trovarsi nella seguente condizione:

☐ di avere già usufruito di borse per attività di docenza Erasmus (indicare sede/i e periodo/i di svolgimento)

☐ di non aver mai usufruito di borse per attività di docenza Erasmus.

Allega alla presente:

1. - Mobility Agreement concordato nelle date e contenuti con la sede estera e firmato dall'Università di destinazione e dal Direttore del Dipartimento di afferenza.

\_\_\_\_\_, sottoscritt \_\_\_\_\_, dichiara di avere letto l'informativa ai sensi del Regolamento europeo (UE) 2016/679 e del Decreto Legislativo n.101/18 del 10 agosto 2018, concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati e accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati per le finalità della presente procedura.

Titolare del trattamento dei dati personali per l'Università degli Studi del Molise è il Rettore, che ha nominato Responsabile della protezione dei dati la dott.ssa Maria Scocca, Tel. 0874 404277 e-mail scocca@unimol.it.

FIRMA

\_\_\_\_\_