

ALLEGATO A – MODULO DI CANDIDATURA

Spett.le
Provincia di Reggio Emilia
Corso Garibaldi, 59
Reggio Emilia

MODULO DI CANDIDATURA
Programma Erasmus+ KA1 VET

Progetto MOVET – “Mobility Opportunities for Vocational and Educational Training”
n° 2020-1-IT01-KA116-008016

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ e residente in _____ in via _____ n.° ____
CAP _____ Telefono _____ Cellulare _____
E-mail _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione del progetto Erasmus+ “Movet” per l’assegnazione di 30 mobilità per svolgere tirocini formativi in Europa (Paesi di destinazione: Spagna, Malta, Irlanda e Portogallo) della durata di 60 o 90 giorni. A tal fine, dichiara di aver preso visione dell’Avviso di selezione e di accettarne il contenuto.

Inoltre, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12. 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara di essere in possesso, alla data di scadenza per la presentazione delle candidature, dei seguenti requisiti:

- essere maggiorenne;
- aver conseguito, da meno di 12 mesi, il seguente titolo di studio _____
conseguito in data _____
presso il seguente Istituto/Ente di formazione _____.

Dichiara di volersi candidare per svolgere:

- ☐ una mobilità della durata di 60 giorni;
- ☐ una mobilità della durata di 90 giorni.

Dichiara inoltre di aver compilato l'**application form** disponibile al seguente link:

<https://forms.gle/6aMc922VenjPqMot7>

A tal fine, allega alla presente domanda la seguente documentazione:

1. Curriculum Vitae in inglese, in formato Europass, da compilarsi seguendo le indicazioni descritte all'art. 5 dell'Avviso di selezione;
2. copia fronte-retro di un documento di identità valido per l'espatrio (passaporto o carta d'identità) in corso di validità;
3. copia fronte-retro del permesso di soggiorno (per chi ne è in possesso);
4. copia fronte-retro della tessera sanitaria o documento equivalente (per chi ne è in possesso);
5. informativa per il trattamento dei dati personali (Allegato B) sottoscritta per consenso.

Luogo e data

_____, ____/____/____

Firma
