**MODULO DI ACCETTAZIONE POSTO SCAMBIO**

**MOBILITÀ STUDENTESCA ERASMUS**

1. **ANNO ACCADEMICO 2025-2026**

| Matricola n. |
| --- |
| Codice Fiscale |
| Cognome Nome |
| Nato a il Cittadinanza |
| Iscritto/a al \_\_ anno in corso/fuori corso del corso di Laurea in |
| Percorso |
| Residenza |
| C.A.P. Città Prov. |
| Cell.1: Cell 2 Tel. |
| Email: Fax: |
| Durata della mobilità (mesi) Data di partenza prevista |
| Università ospitante (mobilità studio) |
| Settore disciplinare |

Il/La sottoscritto ………. qualora titolare di borsa Erasmus, dichiara di accettare il contributo\* e si impegna a utilizzarlo per le finalità e secondo le norme del Programma ERASMUS+; dichiara inoltre di:

* aver precedentemente usufruito di borsa di mobilità Erasmus (specificare il tipo):
* Mobilità per studio (mesi……)

- Mobilità per Tirocinio (mesi…..)

* NON avere mai usufruito di borse di mobilità Erasmus
* o di non godere di altre sovvenzioni comunitarie.

\*il contributo comunitario verrà erogato soltanto sulla base del finanziamento ricevuto dall’Agenzia Nazionale LLP Italia per il 2024-2025 e della graduatoria generale di merito.

**NB: L’Università non si farà carico di spese derivanti da eventuali incomprensioni e/o inadempienze sia dell’Università/Ente/Azienda ospitante che del/la borsista Erasmus, legate agli aspetti logistici del soggiorno (es. aiuto nella ricerca dell’alloggio, alloggio prenotato prima della partenza e ritenuto successivamente non idoneo da parte dello studente, e così via).**

Data, firma