**ISTANZA DI MOBILITA’ PER DOCENZA NELL’AMBITO DEL PROGRAMMA ERASMUS + a.a. 2020/2021**

Il Sottoscritto, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sotto la propria responsabilità ed a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dichiara:

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica  | Professore Ordinario □Professore Associato □Ricercatore Confermato □Ricercatore Non Confermato □Ricercatore a Tempo Determinato □Professore a Contratto □ |
| Settore scientifico / disciplinare |  |
| Nome Insegnamento |  |
| Dipartimento  |  |
| Data decorrenza del servizio (per docenti e ricercatori di ruolo, si intende il momento in cui sono entrati in ruolo anche con una qualifica diversa da quella attuale)Numero complessivo di contratti di docenza (docenti a contratto) |  |
| L’attività di docenza ERASMUS sarà parte integrante del programma di studio dell’Istituto ospitante | SI □ NO □  |
| L’attività di docenza ERASMUS prevede la produzione di nuovo materiale didattico  | SI □ NO □  |
| L’attività di docenza ERASMUS è volta a consolidare ed ampliare i rapporti con l’Università partner (es. collaborazione a progetti di cooperazione interuniversitaria) | SI □ specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TITOLO PROGETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEMPI E MODALITA’ DI REALIZZAZIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO □  |
| Condizioni di disabilità | SI □ NO □  |
| Docente che doveva partire nell’a.a. 2019/2020 e che non è potuto partire a causa dell’emergenza COVID-19? | SI □ NO □  |

Intende svolgere la mobilità presso (scegliere l’opzione che interessa eliminando l’altra):

1. Università straniera partner Erasmus con mobilità di docenza già concordata

NOME SEDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERIODO DI SVOLGIMENTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Università straniera partner Erasmus con mobilità docenza da concordare

NOME SEDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERIODO DI SVOLGIMENTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_