ALLEGATO 1 – Consenso alla candidatura

La sottoscrizione del presente modulo da parte di entrambi i genitori/tutori in fase di candidatura è una condizione indispensabile per la partecipazione.

Nome e cognome del/la candidato/a: _____
Nome, indirizzo e città del CFP di provenienza: _____
_____

Tipologia di mobilità Erasmus+ scelta: □ PRO (14 settimane circa) □ Short (3 settimane circa)

IO SOTTOSCRITTO/A
Nome e cognome del genitore/tutore:_____
(se applicabile) Nome e cognome del genitore/tutore: _____
in qualità di genitore/tutore legale del/della candidato/a sopra indicato

AUTORIZZO
La candidatura per la mobilità Erasmus+ sopra indicata

DICHIARO

- di aver letto e compreso i termini del bando di selezione per la mobilità;
- di essere consapevole che la partecipazione definitiva sarà soggetta a selezione;
- che le informazioni e la documentazione fornite nella domanda di partecipazione sono veritiere e complete;
- che, in caso di selezione, gli incontri formativi organizzati da ENDO-FAP ETS prima della partenza sono obbligatori;

PRIVACY E TRATTAMENTO DATI PERSONALI (GDPR 2016/679)
Prima di esprimere il consenso, si invita a leggere l'informativa completa "Politica sulla Sicurezza – Informativa sul Trattamento dei Dati" disponibile su: https://www.endofap.it/privacy-policy/

Trattamento dati per la gestione della mobilità Erasmus+
ENDO-FAP ETS informa che, ai sensi del GDPR n. 2016/679, i dati forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del progetto di mobilità Erasmus+. Il conferimento di tali dati è necessario per la partecipazione all'esperienza di mobilità.
☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

Comunicazione dati all'Agenzia Nazionale Erasmus+
L'esperienza di mobilità è finanziata dall'Unione Europea nell'ambito del Programma Erasmus+. Per finalità di rendicontazione, le informazioni essenziali saranno comunicate all'Agenzia Nazionale competente. Il consenso è necessario per partecipare alla mobilità, i dati saranno trattati in modo riservato.
☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

Per ulteriori informazioni:
Licia Gallo, referente Erasmus+ di ENDO-FAP ETS
educazione@endofap.it ; +39 329 220 9951

LETTO E APPROVATO DA:

(obbligatorio)

Luogo, data:	
(Genitore/tutore) Nome e cognome in lettere maiuscole:	
Firma:	
Telefono cellulare:	
Indirizzo e-mail:	

(se applicabile)

Luogo, data:	
(Genitore/tutore) Nome e cognome in lettere maiuscole:	
Firma:	
Telefono cellulare:	
Indirizzo e-mail:	

(obbligatorio)

Luogo, data:	
(Alunno/a) Nome e cognome in lettere maiuscole:	
Firma:	
Telefono cellulare:	
Indirizzo e-mail:	

Corredare con **copia della carta di identità** di tutte le persone firmanti.