ACCETTAZIONE MOBILITA’

**Erasmus+ - mobilità ai fini di Traineeship**

**a.a. 2019/20**

**DIPARTIMENTO/SCUOLA DI ………………………………………………………….**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………., matr. n .………………………. iscritto al Corso di laurea 🞏 triennale o 🞏 magistrale /a Ciclo Unico in ………………….…………………………………………………………………, risultato/a idoneo/a per la mobilità Erasmus+ Traineeship 2019-20 (rif. Decreto Repertorio n. /2020

Prot n. /III.14 del

**DICHIARA**

di accettare la mobilità per tirocinio a tempo pieno per un periodo di …….. mesi dal ……………… al ………..………presso il seguente ente:………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………, consapevole che il contributo mensile è definito in base al paese di destinazione e al periodo di permanenza che non potrà essere meno di 2 mesi (61 giorni, inclusi i fine settimana, ma senza interruzioni per ferie, malattia, festività e chiusure varie).

In fede,

Bergamo, ……………………………

 FIRMA

 …………………………………………………………..………