**RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE E NON RECUPERABILI**

**MOBILITA’ STUDENTI ERASMUS PER STUDIO/TRAINEESHIP**

**A.A. 2019/2020**

(da compilare, sottoscrivere e trasmettere via mail all’indirizzo mobilita@univda.it)

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME*………………………………………………………………………………*

NOME………………………………………………………………………………….

MATRICOLA…………………………………………………………………………

E MAIL…………………………………………………………………………………

ISTITUTO/IMPRESA OSPITANTE........................................................................................

CODICE ERASMUS ISTITUTO OSPITANTE………………………………………………………………..

CITTA’ E PAESE OSPITANTE………………………………………………………………………………………………

BARRARE L’OPZIONE CORRETTA

* MOBILITA’ INTERROTTA DEFINITIVAMENTE:

|  |  |
| --- | --- |
| DATA INIZIO MOBILITA' indicata nel certificato di arrivo | DATA FINE MOBILITA' attestata da mail dell'istituto/impresa ospitante |
|  |  |

* PERIODO DI PERMANENZA ALL’ESTERO INTERROTTO CON PROSECUZIONE DELL’ATTIVITA’ DI STUDIO O STAGE A DISTANZA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA INIZIO MOBILITA' indicata nel certificato di arrivo | DATA DI INTERRUZIONE DEL PERIODO ALL'ESTERO attestata dallo studente o, nel caso di stage, dall’ente ospitante | DATA FINE MOBILITA' prevista/ data ultimo esame per studio |
|  |  |  |

* MOBILITA’ ANNULLATA :

DATA DI INIZIO MOBILITA’ PREVISTA:……………………………………

|  |
| --- |
| **RAGIONI CHE HANNO PORTATO ALL’ANNULLAMENTO/INTERRUZIONE DELLA MOBILITA’:**  (*descrivere brevemente la situazione che ha determinato l’interruzione/annullamento della mobilità causa covid-19)* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RICHIEDO IL RIMBORSO DEI COSTI REALI SOSTENUTI E NON RISARCITI DETERMINATI *DALLA SITUAZIONE DI INTERRUZIONE/ANNULLAMENTO DELLA MOBILITA’ CAUSA COVID-19 E* COMPROVATI DA DOCUMENTAZIONE FISCALE IN ALLEGATO**  *(es: trasporti, anticipo alloggi, eventuali tuition fees richieste dalle università straniere, polizze assicurative aggiuntive a quella di Ateneo)* | |
| ***Descrizione tipologia costo*** | **COSTI (ammontare in euro)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**DICHIARO**

**consapevole delle responsabilità penali previste dagli articoli 75 e 76 del**

**D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci**

* **CHE le informazioni fornite in questo modulo sono vere e corrette;**
* **CHE i costi sostenuti per i quali richiedo il rimborso non sono recuperabili. Pertanto, allego la documentazione relativa alla presentazione di una richiesta di rimborso e al mancato accoglimento della stessa o altro analogo giustificativo;**
* **ALLEGO la documentazione a supporto delle spese sostenute e non recuperabili.**

LUOGO E DATA

FIRMA