**AMPLIACIÓN DE ESTANCIA ERASMUS /**

**EXTENSION OF ERASMUS PERIOD**

CURSO ACADÉMICO/ACADEMIC YEAR 2……/2……

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del estudiante / Name of the student |  |
| Dirección actual / Current address |  |
| Universidad de Origen / Home University |  |
| Universidad de destino / Host University |  |
| Área de Estudio / Field of Study |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Periodo inicial / Original period:** | | | **Período adicional solicitado / Requested additional period** | | |
| Desde (dd/mm/aa) / From (dd/mm/yy)  …../…../…… | Hasta (dd/mm/aa) / To (dd/mm/yy):  …../…../…… | Meses / Months  ……….. | Desde (dd/mm/aa) / From (dd/mm/yy)  …../…../…… | Hasta (dd/mm/aa) / To (dd/mm/yy):  …../…../…… | Meses / Months  ………… |
| **Estudiantes de la UAM:** el período inicial debe coincidir con lo que aparece en el Convenio de Subvención. | | | **Estudiantes de la UAM:** en caso de solicitar una ampliación más allá de 30 de junio aportar calendario de la universidad de destino que lo justifique.  **UAM is your Host Institution**: extensions of stay beyond 30th of June will not be accepted | | |

Firma del estudiante / Student’s signature……………………………………………….. Fecha / Date………..……..

|  |  |
| --- | --- |
| UNIVERSIDAD DE ORIGEN / HOME INSTITUTION Confirmamos la aceptación de ampliación propuesta / We confirm that the proposed extension is approved. | |
| Firma de coordinador de Departamento y sello / Signature of Departmental coordinator and seal\*  Name: .............................................................  Date: ............................................................... | Firma del coordinador institucional y sello /  Institutional coordinator’s signature and seal  Name: ..................................................................  Date: .................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| UNIVERSIDAD DE DESTINO / HOST INSTITUTION Confirmamos la aceptación de ampliación propuesta / We confirm that this proposed extension is approved. | |
| Firma de coordinador de Departamento y sello / Signature of Departmental coordinator and seal\*  Name: .............................................................  Date: ............................................................... | Firma del coordinador institucional y sello /  Institutional coordinator’s signature and seal  Name: ..................................................................  Date: .................................................................... |

Este formulario firmado debe enviarse a la Oficina de Relaciones Internacionales de tu centro antes del **15 de noviembre** /

This form must be submitted to the International Relations Office of your Faculty or School before the **15th November**