**AMPLIACIÓN DE ESTANCIA DEL INTERCAMBIO /**

**EXTENSION OF EXCHANGE PERIOD**

|  |  |
| --- | --- |
| Curso académico/ Academic year |  |
| Nombre del estudiante / Name of the student |  |
| Programa de Movilidad / Mobility Program |  |
| Universidad de Origen / Home University |  |
| Universidad de destino / Host University |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:**   * La ampliación no podrá superar la fecha del 31 de julio de 2024 bajo ningún concepto. * La ampliación será únicamente a efectos académicos y **no supondrá una ampliación de la financiación**. | | | | | |

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](https://www.uam.es/uam/internacional/ori-centros) de tu centro antes del **15 de noviembre** /

This form must be submitted to the [International Relations Office](https://www.uam.es/uam/internacional/ori-centros) of your Faculty or School before the **15th November**