

DOMANDA DI PROLUNGAMENTO DEL PERIODO DI MOBILITA' a.a. 20__/20__
(MOBILITY PERIOD – EXTENSION REQUEST FORM a.y. 20__/20__)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (I, THE UNDERSIGNED,)

Nome e cognome studente in mobilità (<i>Student's full name</i>): _____ nato a (<i>born in</i>) _____, il (<i>on</i>) _____ Indirizzo (<i>Postal address</i>): _____
Università di appartenenza (<i>Home University</i>): Università degli studi dell'Aquila I L-AQUILA01 Iscritto al corso di studi (<i>Degree course</i>): _____ Dip.to (<i>Department</i>) _____ Matricola n. (<i>matriculation number</i>) _____
Università ospitante (<i>Host University</i>): _____
Durata del periodo di mobilità: dal ___/___/___ al ___/___/___ per un totale di n. ___ mesi. (<i>Erasmus mobility period: from date ___/___/___ to date ___/___/___ Total no. months ___</i>)

CHIEDE UN PROLUNGAMENTO DEL PERIODO DI MOBILITA'
(REQUEST AN MOBILITY PERIOD EXTENSION)

Numero mesi di prolungamento richiesti (<i>Number of months requested for extension period</i>):
Numero mesi complessivi della mobilità, compresi quelli inizialmente assegnati (<i>Total number of months of mobility period - Original period + extension period</i>):
Periodo di mobilità complessivo (<i>Total mobility period: from date/to date</i>):	dal ___/___/___ al ___/___/___

Per i seguenti motivi (si prega di indicare i motivi sia in lingua italiana che in lingua inglese)
For the following reasons (please state reasons in both English and Italian):

Il sottoscritto è consapevole che non sono previsti contributi finanziari aggiuntivi per il periodo di prolungamento. **Gli studenti iscritti a una scuola di specializzazione devono essere autorizzati dal Consiglio di corso. Copia della delibera deve pervenire all'URI.**

(I hereby confirm that any financial contribution for the extension will be given. The 3rd level degree students must be authorize by their Degree Course Concil. A copy of the authorization must be delivered to the International Relations Office)

Luogo (Place) e Data (Date)

Firma dello studente (Student's signature)

ACCEPTANCE BY THE HOST INSTITUTION For months Position: _____ Signature: _____ Date: _____ Stamp: _____	ACCETTAZIONE UNIVERSITA' DELL'AQUILA Per mesi Posizione: Institutional Erasmus Coordinator Firma: Anna Tozzi _____ Data: _____ Timbro: _____
--	---