|  |  |
| --- | --- |
| **SERVIZIO RELAZIONI INTERNAZIONALI**  ***INTERNATIONAL RELATIONS OFFICE***  Via delle Pandette, 32  50127 – FIRENZE  Email: [relint@scpol.unifi.it](mailto:relint@scpol.unifi.it) | SCUOLA DI SCIENZE POLITICHE “CESARE ALFIERI”  Via delle Pandette, 32 – 50127 FIRENZE  Tel. 0552759084 |

**DOMANDA DI PROLUNGAMENTO anno accademico 20\_\_/20\_\_**

**REQUEST FOR EXTENSION ERASMUS+ PERIOD: for the academic year 20\_\_/20\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lo studente (Cognome Nome Matricola)  *The student (surname and name)* | *n° matricola* | |
| Iscritto alla Scuola di  *Enrolled at the Faculty of* | Scienze Politiche “Cesare Alfieri” | |
| Università ospitante  *Host Institution* |  | Erasmus Code |
| Periodo di studio all’estero dal/al – mesi  *Erasmus period abroad from/to - months* | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° mesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *from to months*  *(NB: indicare le date riportate nel contratto finanziario)* | |
| Il/La sottoscritto/a chiede di prolungare il periodo di studio all’estero per il numero di mesi sotto riportato per la seguente motivazione:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dichiaro inoltre che è mia intenzione prolungare il periodo di studio anche se non è possibile ottenere il relativo finanziamento.  *The student asks for an extension of his/her Erasmus period abroad for the months written below also in case of no available grants.* | | |
| **PROLUNGAMENTO RICHIESTO DI MESI \_\_\_\_\_\_\_\_ FINO AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***Month(s) of extension requested until*** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| *To be completed by Erasmus+ Contact person or International Office at Host institution:*  We confirm that the above mentioned student is authorized to extend his/her Erasmus+ period in our University for \_\_\_\_\_\_\_\_\_ month(s) until \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(date DD/MM/YYYY)*  Data/ Date\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_  Timbro e firma dell’Università’ ospitante *Stamp and signature of the Host Institution* | Data e firma dello studente  *Student’s signature and date*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Approvazione del Delegato Erasmus+  *Stamp and signature of the Home Institution*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ |

**NB: NOT VALID without signature of the Erasmus contact person or the responsible of the International Office and stamp of the host Institution**