|  |  |
| --- | --- |
| **SERVIZIO RELAZIONI INTERNAZIONALI** ***INTERNATIONAL RELATIONS OFFICE***Via delle Pandette, 3250127 – FIRENZE Email: relint@scpol.unifi.it  | SCUOLA DI SCIENZE POLITICHE “CESARE ALFIERI”Via delle Pandette, 32 – 50127 FIRENZETel. 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**