



**DOMANDA DI PROLUNGAMENTO anno accademico 20\_\_/20\_\_**  
**REQUEST FOR EXTENSION ERASMUS+ PERIOD: for the academic year 20\_\_/20\_\_**

|                                                                                             |                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lo studente (Cognome Nome Matricola)<br><i>The student (surname and name)</i>               | <i>n° matricola</i>                                                                                                     |
| Iscritto alla Scuola di<br><i>Enrolled at the Faculty of</i>                                | Studi Umanistici e della Formazione                                                                                     |
| Università ospitante<br><i>Host Institution</i>                                             |                                                                                                                         |
| Periodo di studio all'estero dal/al – mesi<br><i>Erasmus period abroad from/to - months</i> | dal _____ al _____ n° mesi _____<br><i>from to months</i><br>(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*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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