# 



**Scuola di Psicologia**

Via della Torretta 16

501137 Firenze

+39 055 2755374

[ripsico@unifi.it](mailto:ripsico@unifi.it)

SCUOLA DI ARCHITETTURA

Via della Mattonaia, 8 – 50121 FIRENZE Tel. 055 2755410 fax 055 2755399

DOMANDA DI PROLUNGAMENTO anno accademico 2021/2022 REQUEST FOR EXTENSION ERASMUS+ PERIOD: for the academic year 2021/2022

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome**  *The student (surname and name)* |  | | *n° matricola* |
| **Iscritto alla Scuola di**  *Enrolled at the Faculty of* | I**SPA** | | |
| **Università ospitante**  *Host Institution* | **Scuola di Psicologia - UNIFI** | Erasmus Code**: I FIRENZE01** | |
| **Periodo di studio all’estero dal/al – mesi**  *Erasmus period abroad from/to - months*  *(NB: indicare le date riportate nel contratto finanziario)* | dal …………. al …………. n° mesi ………………….  *From* September *to* January *months* | | |
| 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 e firma dello studente  *Student’s signature and date*  \_\_, \_/\_\_\_/\_ \_ |
| Data/*Date*\_ /\_ /\_ \_  Timbro e firma dell’Università ospitante *Stamp and signature of the Host Institution* | **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

*Outgoing – Prolungamento – december 2018*