



LUSPIO
LIBERA UNIVERSITÀ

RICHIESTA DI PROLUNGAMENTO A.A. 20...../20.....

Il/La sottoscritto/a _____ iscritto/a alla LUSPIO
presso la Facoltà di _____ essendo:

risultato/a vincitore/trice di una borsa di studio Erasmus

oppure

risultato idoneo alla mobilità Erasmus come “*studente non borsista*”

di mesi ____ presso l’Università partner _____

richiede di poter prolungare il proprio periodo di studio per motivi didattici per ulteriori mesi _____
dal _____ al _____

Data _____

Firma studente/ssa _____

Approved	Si approva
University of _____	LUSPIO
Erasmus Coordinator	Coordinatore Erasmus
_____	_____
Stamp _____	Timbro _____
Date _____	Data _____