



**PROGRAMA ERASMUS  
SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE ESTANCIA**

APELLIDOS Y NOMBRE :		Nº DNI O PASAPORTE :	
CENTRO EN EL QUE CURSA SUS ESTUDIOS:			
UNIVERSIDAD DE ORIGEN:		UNIVERSIDAD DE DESTINO:	
MESES DE ESTANCIA PREVISTO:		MESES DE ESTANCIA QUE SOLICITA:	

Por la presente muestro mi conformidad a la modificación del periodo de estancia arriba mencionado.

EL ESTUDIANTE	INSTITUCIÓN DE ORIGEN	INSTITUCIÓN DE ACOGIDA
Fdo.	Fdo. Responsable de RR. Internacionales del Centro	Fdo. Responsable de RR. Internacionales del Centro

*Rogamos remitan por fax el presente documento, una vez firmado, al número +34 954 551053.*

***Fecha límite para presentación de este documento:***

***\*Alumnos 1º semestre, antes del 30 de Noviembre del curso académico***

***\*Alumnos de 2º semestre o curso completo, antes del 15 de marzo del curso académico***