



Universidad de Valladolid

Servicio de Relaciones Internacionales

AMPLIACIÓN/REDUCCIÓN DE LA MOVILIDAD ERAMUS+/INTERNACIONAL EXTENSION/REDUCTION ERASMUS+/INTERNATIONAL STUDYING PERIOD 20__-20__

El/la estudiante: _____

The undersigned: _____

Inscrito en la Universidad de Valladolid: _____

Enrolled at University of Valladolid: _____

Tiene una movilidad Erasmus+/Internacional con una duración de (meses): _____

Nominated for the Erasmus+/International Exchange for a duration of months: _____

SOLICITA/ASK FOR

Ampliar/reducir el período de estudios de la movilidad Erasmus+/Internacional a un total de: ____ meses.

To extend/to reduce the period of study to: _____ months.

ACEPTACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE ERASMUS+/INTERNACIONAL EN LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID/ACCEPTANCE BY THE ERASMUS+/INTERNATIONAL COORDINATOR OF THE UNIVERSITY OF VALLADOLID

La Universidad de Valladolid autoriza la ampliación de la movilidad, por la duración que indica el estudiante/The University of Valladolid authorizes the above mentioned student to extend/to reduce his/her period of study for the above specified length.

Date _____ Coordinator's name _____

Coordinator's Signature and Stamp

ACEPTACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE ERASMUS+/INTERNACIONAL EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN/ACCEPTANCE BY THE ERASMUS+/INTERNATIONAL DELEGATE OF THE HOME INSTITUTION

La Institución de origen autoriza la ampliación de la movilidad por la duración que indica el estudiante/The home institution hereby authorizes the above mentioned student to extend /to reduce his/her period of study for the above specified length.

Date _____ Coordinator's name _____

Coordinator's Signature and Stamp