**IMPRESO DE AMPLIACIÓN ERASMUS+**

***ERASMUS+ PERIOD EXTENSION FORM***

**Datos del estudiante/*Student Details*:**

Nombre/*First name*:..........................................................................................................................

Apellido/*Surname*:........................................................................................................................

DNI/*ID number*:: ............................................................................................................................

Universidade de origen/*Home university*:.........................................................................................

Solicita la ampliación de su estancia Erasmus en la Universidad de Santiago de Compostela por un período de ………meses, hasta el ….../….../20…...

*Applies for an extension of his/her Erasmus stay at the University of Santiago de Compostela for a period of ........months, until ….../….../20…...*

**Autorización de la USC/*Approval by the USC*:**

**UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

Aprobamos la ampliación de la estancia del estudiante / *We approve the extension of the student’s period of stay.*

Departmental Coordinator’s Signature: Institutional Coordinator’s Signature:

Date: Date:

**Autorización de la universidad de origen/*Approval by the home university*:**

**HOME INSTITUTION**

Aprobamos la ampliación de la estancia del estudiante / *We/I approve the extension of the student’s period of stay*.

Departmental Coordinator’s Signature: Institutional Coordinator’s Signature:

 [If applicable]

Date: Date: