



SERVIZO DE RELACIÓNS EXTERIORES
Rúa das Casas Reais, nº 8
15782 Santiago de Compostela
Telf 0034 881 812 854
Fax: 0034 881 812 843
E-mail: erasmus@usc.es

IMPRESO DE AMPLIACIÓN PAP ERASMUS
LLP ERASMUS PERIOD EXTENSION FORM

Datos do estudante/Student Details:

Nome/First name:.....

Apelidos/Surname:.....

DNI/ID number:

Universidade de acollida/Host university:.....

Solicita a ampliación da súa estada Erasmus na universidade de acollida por un período demeses.

Applies for an extension of his/her Erasmus stay at the host institution for a period ofmonths.

Autorización da USC/Approval by the USC:

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA Aprobamos la ampliación de la estancia del estudiante / <i>We approve the extension of the student's period of stay.</i>	
Departmental Coordinator's Signature:	Institutional Coordinator's Signature:
Date:	Date:

Autorización da universidade de acollida/Approval by the host university:

HOST INSTITUTION Aprobamos la ampliación de la estancia del estudiante / <i>We/I approve the extension of the student's period of stay.</i>	
Departmental Coordinator's Signature:	Institutional Coordinator's Signature: [If applicable]
Date:	Date: