

**AUTORIZZAZIONE PROLUNGAMENTO  
BORSA DI STUDIO ERASMUS+**

**DETTAGLI DELLO/A STUDENTE/SSA**

NOME

COGNOME

Nr. DI MATRICOLA

Chiedo il prolungamento della borsa di studio Erasmus per la durata di \_\_\_\_\_

mensilità aggiuntive presso \_\_\_\_\_

nell'anno accademico \_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE PER IL PROLUNGAMENTO**

Descrizione:

**N.B**

Il presente modulo, compilato in ogni campo, deve essere consegnato tempestivamente (entro un mese dallo scadere della data indicata nel contratto "Accordo Finanziario Istituto/Studente per la mobilità Erasmus+ ai fini di studio") all'ufficio competente dell'Accademia di Belle Arti di Firenze. Lo studente firmatario accetta l'estensione anche in mancanza di copertura finanziaria.

Data

STUDENTE/STUDENTESSA

COORDINATORE ERASMUS+

Firma

Firma

