**

***CONVENIO DE SUBVENCIÓN ERASMUS+ KA103 EDUCACIÓN SUPERIOR PARA ESTUDIOS, 2016-2017***

***ANEXO AL CONVENIO DE SUBVENCIÓN***

***EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL PERIODO DE INTERCAMBIO***

***CURSO ACADÉMICO:   
APELLIDOS Y NOMBRE DEL ALUMNO:   
UNIVERSIDAD DE DESTINO:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***AMPLIACIÓN SOLICITADA (marcar lo que proceda) Plazo: 20 de octubre de 2016*** | | | | |
| ***TIPO DE AMPLIACION*** | | ***PERIODO ADICIONAL SOLICITADO*** | | ***DOCUMENTACIÓN A APORTAR*** |
| ***Desde*** *(formato día/mes/año)* | ***Hasta*** *(formato día/mes/año)* |
|  | *Ampliación por calendario académico* |  |  | *Copia calendario académico universidad de destino* |
|  | *Ampliación por exámenes* |  |  | *Copia calendario académico universidad de destino, con indicación fechas exámenes* |
|  | *Ampliación de 1 a 2 cuatrimestres* |  |  | *Visto bueno coordinadores académicos de destino y UC* |
|  | *Ampliación por proyecto* |  |  | *Visto bueno coordinadores académicosde destino y UC* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***REDUCCIÓN SOLICITADA Plazo: 20 de octubre de 2016*** | | | | |
| ***TIPO DE REDUCCIÓN*** | | ***Desde*** *(formato día/mes/año)* | ***Hasta*** *(formato día/mes/año)* |  |
|  | *Reducción de curso completo a un solo cuatrimestre* |  |  | *Visto bueno coordinadores académicos de destino y UC* |

*Firma del alumno*

*…………………………………………………….*

*Visto Bueno Coordinador Académico Visto Bueno Coordinador Académico*

*Universidad de Destino Universidad de Cantabria*

*Firma, fecha y sello Firma, fecha y sello*

*Remitir a:*

*Oficina de Relaciones Internacionales, UC*[*alumnos.intercambio@unican.es*](mailto:alumnos.intercambio@unican.es)