 ****

**MOBILITÀ ERASMUS+ UE**

**AA 2017/2018**

**MODULO DI ACCETTAZIONE**

Il/La sottoscritto/a (*Cognome, Nome*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a al Corso di Laurea □ Triennale □ Magistrale

della Facoltà di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ selezionato/a per una mobilità Erasmus+ UE presso l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di accettare il suddetto posto di mobilità e si impegna a partire dopo aver sottoscritto il Contratto di Mobilità:

□ nel 1° semestre 2017/2018

□ nel 2° semestre 2017/2018

Dichiara inoltre di:

□ voler usufruire dell’ulteriore contributo per studenti con disabilità

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma