



**SOLICITUD DE PRÓRROGA DE ESTANCIA/
APPLICATION FOR THE EXTENSION PERIOD**

Name of student / Nombre del estudiante:
Sending institution / Universidad de origen:
Country / País:
Dates of extension period application/ Periodo de prórroga solicitado:
Student's signature / Firma del estudiante:
Date / Fecha:

SENDING INSTITUTION / UNIVERSIDAD DE ORIGEN

We confirm that the extension is approved. / Confirmamos la aprobación de la prórroga de estancia.

NAME:

OFFICIAL INSTITUTIONAL STAMP:

POSITION:

DATE:

SIGNATURE:

RECEIVING INSTITUTION / UNIVERSIDAD DE ACOGIDA

We confirm that the extension is approved.

NAME: E ALICANT01- UNIVERSIDAD DE ALICANTE OFFICIAL INSTITUTIONAL STAMP:

POSITION: Departmental Coordinator/ Coordinador de Estudios

DATE:

SIGNATURE:

STUDENTS MOBILITY OFFICE FAX NUMBER: +34 965 90 98 46