



CONFIRMACIÓN PLAZA ERASMUS+
FACULTAD DE MEDICINA
CURSO ACADÉMICO 2024-2025

NOMBRE Y APELLIDOS						
DNI / NIP						
FECHA DE NACIMIENTO						
DESTINO ELEGIDO						
CURSO EN EL QUE REALIZARÁ LA MOVILIDAD	1º	2º	3º	4º	5º	6º
DURACIÓN	Año completo		1er Semestre		2do Semestre	
¿VAS A REALIZAR PRÁCTICAS TUTELADAS?	Si			No		

Marca si estarías de acuerdo en que facilitemos tu correo institucional si algún estudiante nos lo pide a futuro para conocer tu experiencia erasmus.

Si No

Es importante tener disponible el correo institucional ya que toda la información relativa a la movilidad se enviará a aquel.

En _____ a _____ de _____ de _____

El/la interesado/a,

Fdo.: _____