



**CONFIRMACIÓN PLAZA ERASMUS+**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
CURSO ACADÉMICO 2026-2027

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? (Las de 5º o 6º Curso*)	Si			No		

*\*En caso de hacer prácticas hay que rellenar el documento "compromiso de realización de prácticas" disponible en la web.*

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.: \_\_\_\_\_