



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