



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

**Scuola di
Scienze Politiche
"Cesare Alfieri"**

Prot.

N.

**Ufficio Orientamento, Mobilità
Internazionale e Servizi agli
Studenti** Piazza S. Marco, 4 -
50121 Firenze (FI)
Fax: 055 2756338

Oggetto: Rinuncia alla partecipazione al programma Erasmus+ A.A. _____

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

Matricola n. _____

Recapito in Via _____

Località _____ Telefono _____

Mail _____

Selezionato per l'ottenimento di una borsa Erasmus+:

(barrare solo una delle caselle)

☐ ERASMUS STUDIO per l'anno scolastico _____

Della Scuola di: _____;

presso l'Università straniera _____

per la durata di mesi _____ dal _____ al _____

☐ ERASMUS PER TIROCINIO per l'anno accademico _____ Scuola di
_____;

☐ ACCORDO DI COOPERAZIONE CULTURALE E SCIENTIFICA con l'Università di:

DICHIARA

Di voler rinunciare a (Es. Intera Borsa, Parziale – indicare il numero dei mesi):

Per il seguente motivo:

Data _____

Firma studente _____