

Università degli Studi di Napoli  
Parthenope  
Direzione Generale  
Pos. USICL



### Contatti

Tel - +39 081 5475826-4237-5240-5623-5864-5248

[www.uniparthenope.it](http://www.uniparthenope.it)

@ internazionale.lingue@uniparthenope.it

## MODULO RINUNCIA MOBILITÀ ERASMUS+

(da inviare all'Ufficio USICL via e-mail a [internazionale.lingue@uniparthenope.it](mailto:internazionale.lingue@uniparthenope.it) prima dell'inizio della mobilità)

Lo scrivente/la scrivente (*scrivere in stampatello*)

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

assegnatario della borsa Erasmus+ per l'a.a. 20\_\_/20\_\_, presso la sede di

\_\_\_\_\_ (*indicare la denominazione dell'ateneo ospitante e la città*)

\_\_\_\_\_, prevista per il:

1° semester -  2° semester -  anno intero

(*barrare solo il semestre di interesse e/o annuità*)

**non avendo ancora iniziato la mobilità Erasmus+, prevista dal** \_\_/\_\_/20\_\_ **al** \_\_/\_\_/20\_\_

(*indicare il periodo previsto per la mobilità gg/mm/aaaa*)

avendo già sottoscritto l'accordo finanziario (anno)20\_\_/n. \_\_ del \_\_/\_\_/\_\_

non avendo ancora sottoscritto l'accordo finanziario

### DICHIARA

di voler rinunciare alla mobilità Erasmus+ per il seguente motivo

	<b>Tipologia Rinuncia</b> ( <i>barrare la casella corrispondente</i> )	<b>Motivazione della rinuncia</b> ( <i>la motivazione è obbligatoria scrivere per esteso</i> )
<input type="checkbox"/>	<b>Personali</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Causa di Forza Maggiore</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Emergenza Sanitaria</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Salute</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Altro</b>	

Distinti saluti

Napoli, li \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

**N.B.** - Causa di forza maggiore – Emergenza Sanitaria – Salute – devono essere debitamente documentati e/o supportati da comunicazioni dell'ateneo ospitante)