



UFFICIO SERVIZI INTERNAZIONALIZZAZIONE  
E COMUNICAZIONE LINGUISTICA  
VIA ACTON, 38 - 80133- NAPOLI  
TEL.+39 0815475826- 4237-5623-5869-5864-5240-5248  
e-mail: 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 annulaità)*

**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, lì \_\_/\_\_/\_\_

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

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