



PROGRAMMA LLP/ERASMUS MOBILITÀ PER STUDIO

ATTESTAZIONE PERIODO DI STUDIO STATEMENT PERIOD OF STUDY

IL PRESENTE DOCUMENTO DEVE ESSERE COMPLETATO DAL RESPONSABILE
DELL'UFFICIO ERASMUS DELL'ISTITUZIONE OSPITANTE
THIS DOCUMENT MUST BE COMPLETED BY THE RESPONSIBLE OF THE ERASMUS OFFICE AT HOST INSTITUTION

STUDENTE ERASMUS: cognome _____ nome _____
ERASMUS STUDENT family name name

FACOLTA': _____
FACULTY

ISTITUZIONE DI PROVENIENZA: UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE – I FIRENZE01
HOME INSTITUTION

ISTITUZIONE OSPITANTE: _____
HOST INSTITUTION

ARRIVO / ARRIVAL

Lo studente sopra indicato ha iniziato il periodo di studio presso questa Istituzione il ____ / ____ / ____.
We confirm that the above mentioned student has started his study period at our Institution on (day/month/year)

Il responsabile dell'Ufficio Erasmus dell'Istituzione ospitante
The responsible of the Erasmus Office at Host Institution

Data / date

Timbro e firma / Stamp and signature

**Per cortesia trasmettere questo documento, entro pochi giorni dall'arrivo presso l'Università partner,
via fax a:**

Please fax this document to:

**Ufficio Servizi alla Didattica e agli Studenti – Polo Biomedico e Tecnologico
Fax +39 055 4598955**

PARTENZA / DEPARTURE

Lo studente sopra indicato ha terminato il periodo di studio presso questa Istituzione il ____ / ____ / ____.
We confirm that the above mentioned student has completed his study period at our Institution on (day/month/year)

The courses have been taught in the _____ language (specify language/s).

The stage has been carried on yes no

If yes, please indicate the duration of the stage (number of months) ____

Il responsabile dell'Ufficio Erasmus dell'Istituzione ospitante
The responsible of the Erasmus Office at Host Institution

Data / date

Timbro e firma / Stamp and signature

ONLY VALID IF THE CERTIFICATE HAS BEEN ISSUED
AT THE END OR AFTER THE END OF THE PERIOD OF STAY

NOT VALID WITHOUT THE INSTITUTION STAMP

L'originale di questo documento deve essere consegnato dallo studente a:

The original of this document must be returned by the student to:

**Ufficio Servizi alla Didattica e agli Studenti – Polo Biomedico e Tecnologico
NIC, Largo Brambilla, 3 - 50134 Firenze - Padiglione 3 - stanza 006
Fax +39 055 4598955**

**entro il 15° giorno dopo il termine della mobilità
*within the 15th day after the end of the mobility period***