



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Al Responsabile Amministrativo Erasmus di Facoltà (Dott.ssa Luana Girolami)

Oggetto: Erasmus+ a.a. 2017/2018 – **ACCETTAZIONE**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Iscritto al corso di Laurea in _____

Telefono casa _____ cell. _____

Indirizzo posta elettronica valido _____

vincitore di una borsa Erasmus+ presso l'Università di

bandita dalle Facoltà di Farmacia e Medicina (area medica) e Medicina ed Odontoiatria

Area _____ per mesi _____ (come da bando)

DICHIARA

di **ACCETTARE** la suddetta borsa Erasmus+ e inoltre:

- Sono consapevole che sta a me informarmi sulla fattibilità del piano di studio da me proposto e che in ogni caso sarò responsabile unico dei risultati ottenuti.

Roma, _____

Il dichiarante

Estremi documento riconoscimento _____

Semestre partenza _____