



FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE PLAZA

CENTRO UCM (Nombre):

Nombre del / de la estudiante	
Apellidos	
DNI	
Teléfono	
Correo electrónico	

Código Erasmus	Nombre de la Institución de acogida	Duración prevista (meses)	Fecha de Inicio prevista (dd/mm/aaaa)	Lengua de estudio en la institución de destino	Es ésta su lengua materna: SI / NO

ACEPTO

RENUNCIO. Motivos:.....

La / a la plaza ERASMUS que me ha sido concedida. He recibido información sobre la obligatoriedad de realizar una prueba de idioma al iniciar la solicitud y otra al finalizar la misma¹.

En Madrid, a de de 20

Firma.

¹ La Oficina de Relaciones Internacionales enviará información al correo UCM de cada estudiante, con indicaciones para la realización de la prueba de idioma de la UE. Esta información se enviará en fechas previas a la fecha prevista para el inicio de la movilidad.