**BECAS ERASMUS+ MOVILIDAD DE PRÁCTICAS SMT POSGRADO**

**Student Mobility for Training**

**Curso 2024-25**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD** | | | | | |
| *Las solicitudes se presentarán, junto con la* ***documentación necesaria****, en Registro de la Universidad de Córdoba*  *•Formulario de solicitud •Acuerdo de formación o Training Agreement •Acreditación de nivel de idioma* | | | | | |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | |
| DNI: | Apellidos y Nombre: | | | | |
| Dirección Completa (incluya población y código postal): | | | | | |
| Tfno fijo: | Tfno móvil: | | | Email UCO: | |
| Sexo (M/F): | Nacionalidad: | | | F. Nac (dd/mm/aaaa): | |
| **DATOS ACADEMICOS Y DE MOVILIDAD** | | | | | |
| Titulación (Grado que estudia): | | | | | |
| Curso en el que está matriculado: | | | Nº de años cursados previos a la estancia Erasmus: | | |
| Institución / Empresa de acogida: | | | | | |
| País: | | Nº meses: | Fecha inicio: | | Fecha fin: |
| Reconocimiento académico: | ECTS: Sí / No  Señale una opción | | Otro:  Indique cuál (SET/Europass) | | Sin reconocimiento:  indique motivo (Titulado) |
| ¿Ha realizado antes o está realizando otra movilidad Erasmus?  *En su caso, indique tipo, curso académico, destino, duración en meses y días* | | | | | |
| Indique si tiene previsto realizar la estancia como titulado, durante el año posterior a la finalización de sus estudios (Sí/No): | | | | | |

**En Córdoba, a de de 20\_\_**

**Firma del/a interesado/a**

*Con la firma de este documento, el/la beneficiario/a da su consentimiento expresamente a que la Universidad pueda hacer uso de los datos recogidos en el mismo, con la finalidad de tramitar el pago de la beca solicitada, así como para posibles informaciones que la Universidad considere de interés, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.*

**SR. DIRECTOR DE LA OFICINA DE RELACIONES INTERNACIONALES**