

FORMULARIO

PROGRAMA DE BECAS:

DATOS GENERALES

UNIVERSIDAD DE ORIGEN

País

Carrera que está cursando

Coordinador Institucional

e-mail:

tel:

Coordinador Académico

e-mail:

tel:

UNIVERSIDAD DE DESTINO

País

Carrera a cursar

Coordinador Institucional

e-mail:

tel:

Coordinador Académico

e-mail:

tel:

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento

Pasaporte / DNI / C.I.

Nacionalidad

Sexo

Estado Civil

Tel

E-mail

Dirección

CONTACTO (en caso de urgencia)

Nombre:

Vínculo familiar:

tel:

Toma algún tipo de medicación habitualmente, en caso afirmativo indique por favor cual.

.....

**COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO.
CONTRATO DE ESTUDIOS.**

FECHA DE INICIO ACTIVIDADES FECHA FINALIZACIÓN

1-Asignaturas a cursar en la Universidad de Destino

UNIVERSIDAD DE DESTINO

CARRERA

Especificar 1 crédito =hs semanales

Materias	Código	Denominación	Horas semanales o créditos
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Observaciones:

2- Asignaturas a reconocer en la Universidad de Origen

UNIVERSIDAD DE ORIGEN

CARRERA

Especificar 1 crédito =hs semanales

Materias	Código	Denominación	Horas semanales o créditos
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Observaciones:

COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (Universidad de Origen).

Como Coordinador Académico de la Universidad , doy mi conformidad a la movilidad del estudiante El mismo cursará las asignaturas que figuran en el Punto 1 y le serán reconocidas por las asignaturas detalladas en el Punto 2, siempre y cuando supere los exámenes o pruebas en la Universidad de Destino.

Firma del Coordinador Académico

Firma de la autoridad competente
(Decano o Rector)

Nombre:
Fecha:

Nombre:
Fecha:

Nombre y firma del Coordinador Institucional:

.....

CONFORME DEL ESTUDIANTE

El estudiante firmante se compromete a cursar el Programa de Estudios acordado en este documetno en las fechas indicadas. Deberá comunicar a su Universidad de Origen todo cambio en el programa acordado, que estará sujeto a la aprobación de los Coordinadores de las respectivas Universidades (de Destino y de Origen).

Asimismo, se compromete a regresar a su Universidad de Origen finalizado el período de movilidad. El firmante declara tener conocimiento de que estará amparado durante su estadía en el exterior, por el Seguro de Viaje, el cual debe tener cobertura médica, sanitaria, fallecimiento e invalidez por accidente, repatriación y reembolso de gastos médicos por accidente.

El incumplimiento de lo anteriormente expuesto podrá ser considerado como causa de la finalización del intercambio.

.....
Lugar y fecha

.....
Nombre y Firma del estudiante

MODIFICACIONES AL CONTRATO DE ESTUDIOS PROPUESTO ORIGINALMENTE

	Código	Denominación	Horas semanales o créditos
MATERIAS ANULADAS			
MATERIAS AÑADIDAS			

ACEPTACIÓN UNIVERSIDAD DE DESTINO

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al Contrato de Estudios inicialmente acordado han sido aceptadas.

Nombre de la Universidad:

Nombre y Firma del Coordinador Académico:

Fecha:...../...../.....

ACEPTACIÓN UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al Contrato de Estudios inicialmente acordado han sido aceptadas.

Nombre de la Universidad:

Nombre y Firma del Coordinador Académico:

Fecha:...../...../.....

ACEPTACIÓN ESTUDIANTE

Nombre y Firma del Estudiante:

Fecha:...../...../.....