



**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 documento 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.

El estudiante firmante autoriza el envío de su escolaridad al mail que declara en este formulario.

.....

**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:**...../...../.....