**Ano 20 Semestre**

# PROGRAMA ESCALA DE ESTUDIANTES DE GRADO DE LA AUGM

**UNIVERSIDAD DE ORIGEN:**

**Coordinador Institucional: e-mail:**

**Coordinador Académico: Tel.:**

**e-mail:**

**UNIVERSIDAD DE DESTINO:**

**Coordinador Institucional: e-mail: Coordinador Académico: Tel.:**

**e-mail:**

**CARRERA / CURSO:**

**Fechas de Inicio y Finalización de las actividades académicas en la universidad de**

**destino: desde hasta**

Nombre de contacto: Vínculo familiar:

Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país, teléfono, e-mail):

Tel.: e-mail:

Sexo: Nacionalidad: Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento: Pasaporte/DNI/C.I.:

APELLIDOS: NOMBRES:

**1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO**

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que implique dificultades en su vida cotidiana? En caso afirmativo, detállela:

En caso de tomar medicación habitualmente, sírvase indicar cuál:



**PROGRAMA ESCALA DE ESTUDIANTES DE GRADO DE LA AUGM**

## 2. 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 deberá estar amparado durante su estadía en el exterior (desde cuatro días antes del inicio de las actividades académicas hasta cuatro días después de su finalización), por un Seguro de Salud, Asistencia y Repatriación. Declara conocer el Reglamento General del Programa ESCALA de Estudiantes de Grado y las obligaciones inherentes del mismo.

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

Lugar y fecha: Firma del estudiante:

Nombre:



# PROGRAMA ESCALA DE ESTUDIANTES DE GRADO DE LA AUGM

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

|  |
| --- |
| **3. ASIGNATURAS, TALLERES O TRABAJOS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO** |
| **Universidad: Carrera/Curso:**  |
| **Denominación** | **Horas semanales (Hs) ó Créditos (Cr)****(especificar) 1 Cr = Horas Totales** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **4. ASIGNATURAS, TALLERES O TRABAJOS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN** |
| **Universidad: Carrera/Curso:**  |
| **Denominación** | **Horas semanales (Hs) ó Créditos (Cr)****(especificar) 1 Cr = Horas Totales** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## 5. COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (Universidad de Origen)

Como Coordinador Académico de la Universidad

de la AUGM, doy mi conformidad a la movilidad del estudiante

 ; quién cursará las asignaturas relacionadas en el punto 3 de este documento y le serán reconocidas por las asignaturas que figuran en el punto 4, siempre y cuando supere los exámenes o pruebas de la Universidad de Destino.

Firma del Coordinador Académico Firma y Sello de la autoridad competente

(Decano o Rector)

Nombre: Nombre:

Fecha: Fecha:

Nombre y firma del Coordinador Institucional: