Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

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 _____**

**1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO**

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

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

Sexo: _____ Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

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

_____

_____

_____

Nombre de contacto: _____ Vínculo familiar: _____

Ano 20_____ Semestre ___

Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

## PROGRAMA ESCALA DE ESTUDIANTES DE GRADO DE LA AUGM

¿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:

_____

_____

_____

## 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 Vida, Accidente, Salud 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 alumno: _____

Nombre: _____

Ano 20_____ Semestre ___

Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

# 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 _____

_____ ____ .

El mismo 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: _____

Asociación de Universidades GRUPO MONTEVIDEO

ma del Coordinador Institucional: _____

Ano 20_____ Semestre ___

Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

# PROGRAMA ESCALA DE ESTUDIANTES DE GRADO DE LA AUGM

## MODIFICACIONES AL CONTRATO DE ESTUDIOS APROBADO INICIALMENTE

**Nombre del Estudiantes:_____ Pasaporte/DNI/C.I.:_____**

**NUEVAS ASIGNATURAS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD_____ (U. de Destino)_**

**Carrera/Licenciatura: _____**

| Asignatura/s Anulada/s | Asignatura/s Añadida/s | Horas semanales (Hs) ó Créditos (Cr) (especificar) 1 Cr = _____ Horas Totales |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**NUEVAS ASIGNATURAS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD:_____ (U. de Origen)**

**Carreira: _____**

| Asignatura/s Anulada/s | Asignatura/s Añadida/s | Horas semanales (Hs) ó Créditos (Cr) (especificar) 1 Cr = _____ Horas Totales |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**ACEPTACIÓN UNIVERSIDAD DE DESTINO**

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

Nombre de la Universidad:_____

Nombre del Coordinador Académico:_____

**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 del Coordinador Académico:_____

**Firma del Coordinador Académico:_____ Fecha: _____**

**Firma del Estudiante:** _____ Fecha:_____