

**PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM
COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO
CONTRATO DE ESTUDIOS**

Año 2022 Semestre Segundo

UNIVERSIDAD DE ORIGEN: Universidad Nacional de Entre Ríos _____

Coordinador Institucional: María Josefina Rayan e-mail: saari@uner.edu.ar

Coordinador Académico: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

UNIVERSIDAD DE DESTINO: _____

Coordinador Institucional: _____ e-mail: _____

Coordinador Académico: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

ÁREA DE ESTUDIO: _____

Fechas de la Estadía: desde _____ hasta _____

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

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

Sexo: _____ Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

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

**PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM
COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO
CONTRATO DE ESTUDIOS**

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que implique dificultades en su vida cotidiana?

En caso afirmativo, detállelas:

En caso de tomar medicación habitualmente, sírvase indicar cuál:

**PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM
COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO
CONTRATO DE ESTUDIOS**

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 estar amparado durante su estadía en el exterior por el Seguro de Vida, Accidente, Salud y Repatriación: Nombre de la Compañía: _____ N° de Póliza _____.

Declara estar en conocimiento que el Seguro de Vida, Accidente y Salud cubrirá desde cuatro días previos al inicio del semestre hasta cuatro días posteriores a la finalización de las actividades académicas.

El estudiante declara conocer el Reglamento del Programa ESCALA Estudiantil 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: _____

**PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM
 COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO
 CONTRATO DE ESTUDIOS**

3. ASIGNATURAS O TRABAJOS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO	
Universidad: _____ Carrera: _____	
Denominación	Horas semanales o créditos

4. ASIGNATURAS O TRABAJOS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN	
Universidad: _____ Carrera: _____	
Denominación	Horas semanales o créditos

5. COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (Universidad de Origen)	
<p>Como Coordinador Académico de la Universidad _____ de la AUGM, doy mi conformidad a la movilidad del estudiante _____ _____.</p> <p>El mismo cursará la 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</p>	
Firma del Coordinador Académico	Firma y Sello de la autoridad competente (Decano o Rector)
Nombre: _____	Nombre: _____
Fecha: _____	Fecha: _____
Nombre y firma del Coordinador Institucional: _____	