



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

FORM-AUGM/EE1-1
Año 20 _____ Semestre ____

PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL 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, teléfono, e-mail): _____

Nombre de contacto: _____ **Vínculo familiar:** _____



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

FORM-AUGM/EE1-2
Año 20 _____ Semestre ____

PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL 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 estará 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 el Seguro de Vida, Accidente, Salud y Repatriación contratado centralmente por la Secretaría General de AUGM. Declara conocer el Reglamento General del Programa ESCALA Estudiantil y sus Disposiciones Transitorias para el año 2009, 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: _____

3. ASIGNATURAS, TALLERES O TRABAJOS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO

Universidad: _____ Carrera: _____

Denominación	Horas semanales (Hs) ó Créditos (Cr) (especificar) 1 Cr = ____ Horas Totales



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

COMPROMISO

4. ASIGNATURAS, TALLERES O TRABAJOS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Universidad: _____ Carrera: _____

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 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

Firma del Coordinador Académico

Firma y Sello de la autoridad competente
(Decano o Rector)

Nombre: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del Coordinador Institucional: _____

Apoio de Núcleo, Comissão ou Comitê