



Asociación de Universidades  
GRUPO MONTEVIDEO

FORM-AUGM/EE1-1  
Año 20 \_\_\_\_\_ Semestre \_\_\_\_

**PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM**

**UNIVERSIDAD DE ORIGEN:** Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

**Coordinador Institucional:** Prof. Érico M. M. Flores e-mail: sai.augm@ufsm.br

**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: Prof. Érico M. M. Flores \_\_\_\_\_