



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

Año 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: _____

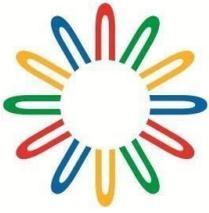
Fecha de nacimiento: _____ Pasaporte/DNI/C.I.: _____

Sexo: _____ Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

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

Nombre de contacto: _____ Vínculo familiar: _____

**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: _____

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 _____

_____ ; quien 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: _____



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO