



Asociación de Universidades  
GRUPO MONTEVIDEO

Ano 20\_\_\_\_\_Semestre \_\_\_\_\_

**PROGRAMA ESCALA DE ESTUDIANTES DE GRADO DE LA AUGM  
PLAN DE ESTUDIOS INICIAL - APLICACIÓN INTERNA - UNICAMP**

**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