



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

FORM-AUGM/EE1

PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM

Año 200_____ Semestre _____

UNIVERSIDAD DE ORIGEN: _____

Coordinador Institucional: _____ e-mail: _____

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): _____



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

FORM-AUGM/EE1

PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM

¿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:

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: _____



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

FORM-AUGM/EE2

**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)

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: _____