



## PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM

Año 20 \_\_\_\_\_ 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



## 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:

---

---

---

---

---

---

---

---



Asociación de Universidades  
GRUPO MONTEVIDEO



## PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL 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 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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_