Relaciones Internacionales

Universidad Autónoma de Entre Ríos

FORMULARIO DE POSTULACIÓN

Primer Semestre 2016

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL en Rectorado

Mg. Lic. Patricia Rufini – Responsable de Relaciones Internacionales del Rectorado

Teléfono: +54 0343 4071886

Correo electrónico: cooperacioninternacional@uader.edu.ar

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL en las Facultades

FCG – Lic. Belén Menghi: fcg_relacionesinternacionales@uader.edu.ar

FCyT – Prof. Renata Galarza: fcyt_relaciones_internacionales@uader.edu.ar

FCVyS – Prof. Claudia Schira: rrii@fcvs.uader.edu.ar

FHAyCS – Lisanbdro Sotera: internacionales@fhaycs.uader.edu.ar

Año Académico 2016

CARRERA QUE CURSA:

UNIVERSIDAD DE DESTINO:

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

APELLIDO/s: NOMBRE/s:

Fecha de nacimiento: DNI:

Nacionalidad:

Lugar de nacimiento:

Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país):

Teléfono:

Correo electrónico:

Tiempo de estancia en la Universidad de destino: Desde el mes de hasta el mes de de 2016.

PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL ZICOSUR - CURSO 2016

COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO [1]
CONTRATO DE ESTUDIOS

1. DATOS ACADÉMICOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: Nombre

Pasaporte: DNI:

Universidad de Origen: País:

2. ASIGNATURAS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO

Universidad de destino: **País:**

Materias	Código	Denominación	Carga lectiva
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Anotaciones:

[1] Formulario a completar por el estudiante. El mismo puede verse modificado una vez se efectúe el intercambio estudiantil, de acuerdo a las asignaturas disponibles durante el semestre de intercambio en la Universidad de destino.

3. ASIGNATURAS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Universidad de destino:

Materias	Código	Denominación	Carga lectiva
1			
2			
3			
4			
5			
6			

ANOTACIONES:

Coordinador/a de carrera: Sec. Académico:

4. COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO

Como Responsable Académico de la Facultad de la Universidad Autónoma de Entre Ríos, doy mi conformidad a la movilidad del estudiante arriba indicado.

El mismo cursará las asignaturas en el punto 2 de este documento y le serán reconocidas por las asignaturas que figuran en el punto 3, siempre y cuando supere los exámenes o pruebas de la Universidad de destino. Dado que este programa de estudios podrá verse modificado una vez se efectúe el intercambio, notifico por la presente conocer que las Coordinaciones Institucionales de la movilidad se encargarán de notificar a quien suscribe de dichos cambios.

Nombre y firma Sec. Académico Nombre y firma Coordinador de carrera:

5. CONFORME DEL ESTUDIANTE

El que suscribe, estudiante beneficiario del Programa, se compromete a cursar las asignaturas acordadas durante el período de movilidad establecido desde el mes de ……. hasta el mes de ……., del año 2016.

El beneficiario se compromete a comunicar de inmediato a las Coordinaciones Institucionales de su Universidad de Origen todo cambio en el programa de estudios propuesto originalmente, sujeto a la aprobación de los coordinadores de las respectivas universidades (de destino y de origen).

El beneficiario declara que estará amparado durante su estancia en el extranjero por un seguro de vida, accidente y enfermedad, que será tramitado por el Ministerio de Educación de la nación, a través de la gestión de la Universidad de Origen.

Los costos de los viajes de ida y regreso correrán por cuenta de quien suscribe el presente.

Asimismo se compromete a regresar a su Universidad de Origen una vez finalizado el período de movilidad.

Lugar y fecha: Nombre y firma del estudiante

6. MODIFICACIONES AL PROGRAMA/CONTRATO DE ESTUDIOS PROPUESTOS ORIGINALMENTE[2]

Materias Anuladas			
Materias Añadidas			

INSTITUCIÓN DE ORIGEN

Nombre de la Institución de Origen: País:

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al programa o contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptados.

Nombre y firma del Responsable Académico

Nombre y firma del Coordinador Institucional

Fecha:

INSTITUCIÓN DE DESTINO

Nombre de la Institución de Destino: País:

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al programa o contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptados.

Nombre y firma del Sec. Académico

Nombre y firma del Coordinador de Carrera

.....
Nombre y firma del Estudiante

Fecha:

[2] A cumplimentar SÓLO en caso de ser necesario.