**PROGRAMA DE MOVILIDAD INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA**

**CONTRATO DE ESTUDIOS**

**ESTUDIANTES SALIENTES**

UNIVERSIDAD DE ORIGEN: Universidad Nacional de La Pampa

Facultad:

Carrera:

Resolución que aprueba del Plan de Estudios:

Coordinador/a Institucional: Abog. Cristian Adrián Parodi - Secretario de Consejo Superior y Relaciones Institucionales.

Tel.: +54 2954 451600 Int: 1220

E-mail: auxcoopint@unlpam.edu.ar

Coordinador/a Académico/a:

Tel.:

E-mail:

DATOS DEL / DE LA ESTUDIANTE:

Nombres:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Sexo:

Nacionalidad:

Lugar de nacimiento:

Tel.: (+54)

E-mail:

Dirección postal:

En caso de emergencia avisar a:

Nombre y Apellido:

Relación / parentezco:

E-mail:

Teléfono: (+54)

.

DATOS MOVILIDAD

Fecha de estadía en la Universidad de destino:

 1° semestre 2° semestre Año: 

Programa de Movilidad: PILA

 PAME/UDUAL

 ARFAGRI

 MARCA 

 Convenio Bilateral

 Otro/s: 

Promedio general con aplazos:

Universidades de destino seleccionadas (según orden de preferencia):

PRIORIDAD 1°

Universidad de destino:

Facultad / Escuela:

Carrera / Programa académico:

| Nombre de la asignatura en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Universidad de Destino) | Carrera | Nombre de la asignatura en UNLPam | Carrera |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

PRIORIDAD 2°

Universidad de destino:

Facultad / Escuela:

Carrera / Programa académico:

| Nombre de la asignatura en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Universidad de Destino) | Carrera | Nombre de la asignatura en UNLPam | Carrera |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

PRIORIDAD 3°

Universidad de destino:

Facultad / Escuela:

Carrera / Programa académico:

| Nombre de la asignatura en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Universidad de Destino) | Carrera | Nombre de la asignatura en UNLPam | Carrera |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

**COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO**

Como Coordinador/a Académico/a de la carrera de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad Nacional de La Pampa, doy mi conformidad a la movilidad del / de la estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que curse las asignaturas indicadas.

El / la mismo/a cursará las asignaturas indicadas en la Universidad de destino y le serán reconocidas en la UNLPam las asignaturas listadas, siempre y cuando supere los exámenes o pruebas de la Universidad de Destino.

Nombre del / de la Coordinador/a Académico/a(\*):

Firma y sello:

Fecha:

*(\*) Deberá iniciar todas las hojas que correspondan a los contratos de estudios de cada opción de Universidad de destino.*

Nombre de la autoridad competente (Decano/a):

Firma y sello:

Fecha:

Nombre del / de la Coordinador/a Institucional:

Firma y sello:

Fecha:

**CONFORMIDAD DEL / DE LA ESTUDIANTE**

* El / la estudiante firmante se compromete a cursar el Programa de Estudios acordado en este documento en las fechas indicadas.
* Deberá comunicar a ambas Universidades 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 / la firmante declara conocer y aceptar los términos y condiciones del Programa de Movilidad Internacional de Estudiantes de la Universidad Nacional de La Pampa (Resolución Consejo Superior N° 349/2007).
* El / la firmante declara estar amparado/a durante su estadía en UNLPam por un Seguro de Salud, Vida y Repatriación siendo los datos del mismo:

 Nombre de la Compañía(\*\*):

 N° de Póliza(\*\*):

 *(\*\*) Estos datos deberán ser informados al Dpto. De Cooperación Internacional una vez recibida la Carta de Aceptación por parte de la correspondiente Universidad de destino.*

El incumplimiento de lo anteriormente expuesto podrá ser considerado como causa de la finalización del intercambio.

Lugar y fecha:

Firma del/ de la estudiante:

Nombre y apellido del/ de la estudiante: