# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Área de estudio: |  |
| Universidad de destino: |  |
| Universidad de origen: |  |
| Dirección: |  |

**COORDINADOR INSTITUCIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos: | Dra. Rosana Malpassi |
| Cargo: | Secretaria de Posgrado y Cooperación Internacional |
| Teléfono: | 4676413 |
| Correo electrónico: | posgrado@ac.unrc.edu.ar |

**RESPONSABLE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos: |  |
| Cargo: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ DNI / Pasaporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Género:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tiempo de estancia en la Universidad de destino: desde (mes y año) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta (mes y año) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  **DATOS DE CONTACTO EN CASO DE NECESIDAD O CONTINGENCIA**  Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO LATINOAMERICANO **MOVILIDAD FÍSICA-CURSO 1- 2024**  **COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO**  **CONTRATO DE ESTUDIOS** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS DEL ESTUDIANTE**   Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pasaporte / DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 1. **ASIGNATURAS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO**   Universidad de destino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Materias | **Código** | **Denominación** | **Carga lectiva** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **Observaciones**: | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **ASIGNATURAS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN**   **Universidad de origen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| Materias | **Código** | **Denominación** | **Carga lectiva** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **Observación:** Se agregan al presente formulario de Inscripción ……. (Número, **completar**) notas correspondientes a profesores responsables de las Asignaturas propias del plan de Estudio y Aval de Sec Académico de la Facultad, en las que se presta conformidad de equivalencia (total o parcial) de las Asignaturas elegidas para cursar en el extranjero y/o eventualmente algún señalamiento particular para ello.  Firma y Sello Firma y Sello  Coordinador Institucional Responsable Académico | | | |
| 1. **COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO** | | | |
| Como Responsable Académico de la carrera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de (nombre de la institución) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; doy mi conformidad a la movilidad del / la estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  El mismo cursará las asignaturas del 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 correspondientes en la Universidad de destino.  Para que conste a efectos de facilitar en el futuro la tramitación del reconocimiento de los estudios realizados en el extranjero, además de mi firma se presenta la de la autoridad competente a nivel Institucional.  Prof. …………………………………………….. Prof. Rosana Malpassi  Nombre y firma del Secretario/a Académico/a Secretaria de Posgrado y CI  Facultad …………………………………………….. Universidad Nacional de Río Cuarto  Universidad Nacional de Río Cuarto  Lugar y fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Lugar y fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | |

|  |
| --- |
| 1. **CONFORMIDAD DEL ESTUDIANTE** |
| El estudiante beneficiario del Programa de Intercambio Académico Latinoamericano (P.I.L.A.) se compromete a cursar el programa de estudios acordado, durante el período de movilidad establecido desde (mes y año) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta (mes y año) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  El beneficiario deberá comunicar de inmediato a la Institución de origen, todo cambio en el programa propuesto originalmente, que estará sujeto a la aprobación de los coordinadores de las respectivas universidades (de destino y de origen).  El estudiante deberá traer consigo a su regreso, la documentación requerida para el reconocimiento de sus estudios en el exterior (programas de las asignaturas aprobadas, certificados / avalados por la Universidad Extranjera de movilidad).  El beneficiario del Programa se compromete con su Universidad de origen, a participar y acompañar a los estudiantes extranjeros que arriben a la Institución en el marco de los Programas de intercambio (este u otro), al menos durante un año a partir de la finalización de su estancia académica en el exterior.  El beneficiario declara que estará amparado durante su estancia en el extranjero por un seguro de vida, accidente y enfermedad, incluidos los viajes de ida y regreso.  Asimismo, se compromete a regresar a su universidad de origen finalizado el período de movilidad.  Firma del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lugar y fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **MODIFICACIONES AL CONTRATO DE ESTUDIOS PROPUESTO ORIGINALMENTE** | | | |
|  | **Código** | **Denominación** | **Carga Lectiva** |
| Materias Anuladas |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Materias Añadidas |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **INSTITUCION DE ORIGEN**  Nombre de la institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptadas.  Nombre y firma del Responsable Académico Nombre y firma del Coordinador Institucional  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **INSTITUCION DE DESTINO**  Nombre de la institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al programa o contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptadas.  Nombre y firma del Responsable Académico Nombre y firma del Coordinador Institucional  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del estudiante  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |