PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO LATINOAMERICANO

FICHA DEL ESTUDIANTE – PILA PRESENCIAL

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN

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

COORDINADOR INSTITUCIONAL

Nombre y Apellidos:	
Cargo:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

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

COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO
CONTRATO DE ESTUDIOS

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____ Nombres: _____

Pasaporte / DNI: _____

2. **ASIGNATURAS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO**

Universidad de destino: _____ **País:** _____

Materias	Código	Denominación	Carga lectiva
1			
2			
3			
4			
5			
Observaciones:			

3. **ASIGNATURAS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN**

Universidad de origen: _____ **País:** _____

Materias	Código	Denominación	Carga lectiva
1			
2			
3			
4			
5			
Observaciones:			

Firma y Sello
Coordinador Institucional

Firma y Sello
Responsable Académico

4. **COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO**

Como Responsable Académico de la carrera _____, de (nombre de la Institución) Universidad Nacional de Moreno; doy mi conformidad a la movilidad del / la estudiante _____

El mismo cursará las asignaturas del punto 2 de este documento y le serán reconocidas, previa consideración de contenidos y carga horaria, 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.

Nombre y firma del Responsable Académico Universidad _____

Lugar y fecha: _____, ___/___/_____

Nombre y firma del Coordinador Institucional Universidad _____

Lugar y fecha: _____, ___/___/_____

5. 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) 08/2023 hasta (mes y año) 12/2023.

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. Asimismo, se compromete a participar de las actividades de difusión de la internacionalización en su Universidad de origen, por el mismo período.

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: _____, ____/____/_____

6. MODIFICACIONES AL CONTRATO DE ESTUDIOS PROPUESTO ORIGINALMENTE

	Código	Denominación	Carga Lectiva
Materias Anuladas			
Materias Añadidas			

INSTITUCION DE ORIGEN

Nombre de la Institución de Origen: _____ País: _____

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptadas.

Nombre y firma del Responsable Académico
Fecha: ____/____/_____

Nombre y firma del Coordinador Institucional
Fecha: ____/____/_____

INSTITUCION 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 aceptadas.

Nombre y firma del Responsable Académico
Fecha: ____/____/_____

Nombre y firma del Coordinador Institucional
Fecha: ____/____/_____

Nombre y firma del Estudiante
Fecha: ____/____/_____