



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

Ano 20 _____ Semestre _____

PROGRAMA ESCALA DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DA AUGM

UNIVERSIDADE DE ORIGEM: _____

Coordenador Institucional: _____ e-mail: _____

Coordenador Acadêmico: _____ Fone.: _____

e-mail: _____

CARREIRA / CURSO: _____

UNIVERSIDADE DE DESTINO: _____

Coordenador Institucional: _____ e-mail: _____

Coordenador Acadêmico: _____

Fone.: e-mail: _____

CARREIRA / CURSO: _____

Datas de Início e Final das atividades acadêmicas na universidade de destino:

Desde até

1. DADOS PESSOAIS DO ALUNO

SOBRENOMES: _____ NOMES: _____

Data de nascimento: _____ Passaporte/DNI/C.I/RG.: _____

Sexo: _____ Nacionalidade: _____ Natural de: _____

Fone.: _____ e-mail: _____

Endereço familiar (rua, cidade, código postal, país, telefone, e-mail): _____

Nome do contato: _____ Vínculo familiar: _____

Sofre ou já teve alguma doença que envolva dificuldades no seu dia-a-dia? Em caso afirmativo, especificar:

Se toma medicação regularmente, por favor indique quais:

2. CONFORMIDADE DO ALUNO

Quem assina, discente, compromete-se a cursar o Programa de Estudos acordado neste documento nas datas assinaladas.

Deverá comunicar a sua Universidade de Origem toda alteração no programa acordado, que estará sujeito à aprovação dos Coordenadores das respectivas Universidades (de Destino e de Origem)

Igualmente, compromete-se a retornar a sua Universidade de Origem quando finalizado o período de mobilidade.

Quem assina declara estar ciente de que durante sua permanência no exterior (até sete dias antes do começo das atividades acadêmicas e sete dias depois de sua conclusão) estará amparado pelo Seguro de Saúde, Assistência e Repatriação.

Declara conhecer o Regulamento Geral do Programa ESCALA de Estudantes de Graduação e as obrigações inerentes do mesmo.

O não cumprimento do antes exposto poderá ser considerado causa da finalização do intercâmbio.

Local e data _____ Assinatura do discente : _____

Preferencialmente assinatura digital

Nome: _____

5. COMPROMISSO PRÉVIO DE RECONHECIMENTO ACADÊMICO (Universidade de Origem)

Como Coordenador Acadêmico da Universidade _____

da AUGM, dou minha conformidade à mobilidade do discente _____

_____.

O mesmo cursará as disciplinas relacionadas no item 3 desse documento e essas lhe serão reconhecidas pelas disciplinas constantes do item 4, desde que ele aprovar os exames e testes da Universidade de Destino

Assinatura do Coordenador Acadêmico

Assinatura e Carimbo da autoridade competente

(Diretor ou Reitor)

Nome: _____

Nome: _____

Data: _____

Data: _____

Nombre y firma del Coordinador Institucional: _____