



**PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM**

**UNIVERSIDAD DE ORIGEN:** Universidad Nacional del Este

**Coordinador Institucional:** Rolando Segovia

**e-mail:** [ori@une.edu.py](mailto:ori@une.edu.py)

**Coordinador Académico:** Lic. Liliana Martínez

**e-mail:** [liliana\\_martinez@une.edu.py](mailto:liliana_martinez@une.edu.py)

**Tel.:** (061) 575480-1

**UNIVERSIDAD DE DESTINO:**

**Coordinador Institucional:** \_\_\_\_\_

**Coordinador Académico:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

**CARRERA / CURSO:**

**Fechas de Inicio y Finalización de las actividades académicas en la universidad de destino: desde hasta julio de**

**1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Pasaporte/DNI/C.I.: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país, teléfono, e-mail):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Vínculo familiar:: \_\_\_\_\_



Asociación de Universidades  
GRUPO MONTEVIDEO

## PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que implique dificultades en su vida cotidiana?

En caso afirmativo, detállela:

---



---

En caso de tomar medicación habitualmente, sírvase indicar cuál:

---



---

### 2. CONFORME DEL ESTUDIANTE

El estudiante firmante se compromete a cursar el Programa de Estudios acordado en este documento en las fechas indicadas.

Deberá comunicar a su Universidad de Origen 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 firmante declara tener conocimiento de que deberá estar amparado durante su estadía en el exterior (desde cuatro días antes del inicio de las actividades académicas hasta cuatro días después de su finalización), por un Seguro de Vida, Accidente, Salud y Repatriación. Declara conocer el Reglamento General del Programa ESCALA Estudiantil y las obligaciones inherentes del mismo.

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

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma del alumno: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_



Asociación de Universidades  
GRUPO MONTEVIDEO

## PROGRAMA ESCALA ESTUDIANTIL DE LA AUGM

### 3. ASIGNATURAS, TALLERES O TRABAJOS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO

Universidad:		Carrera:	
Denominación		Horas semanales (Hs) ó Créditos (Cr) (especificar) 1 Cr = ____ Horas Totales	

### 4. ASIGNATURAS, TALLERES O TRABAJOS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Universidad: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ESTE		Carrera:	
Denominación		Horas semanales (Hs) ó Créditos (Cr) (especificar) 1 Cr = ____ Horas Totales	

### 5. COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (Universidad de Origen)

La Universidad Nacional del Este UNE de la AUGM, da su conformidad a la movilidad de la estudiante

La misma cursará la asignaturas relacionadas en el punto 3 de este documento y le serán reconocidas por las asignaturas que figuran en el punto 4, siempre y cuando supere los exámenes o pruebas de la Universidad de Destino

Lic. Liliana Martínez  
Coordinadora Académica

Prof. Ing. Agro. Gerónimo Laviosa González  
Rector

Rolando Segovia  
Coordinador Institucional

Dr. Carlos Wilfrido Escurra Benítez  
Decano