



**PROGRAMA DE MOVILIDAD INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA**  
**CONTRATO DE ESTUDIOS**

Año 200\_\_ Semestre \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD DE ORIGEN:**

Facultad: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

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

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

Coordinador Académico: \_\_\_\_\_

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

**UNIVERSIDAD DE DESTINO:**

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

e-mail: \_\_\_\_\_

Coordinador Académico: \_\_\_\_\_

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

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Fechas de la Estadía en la Universidad de Destino: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ESTUDIANTE:**

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

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

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):

**ASIGNATURAS O TRABAJOS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO**

Universidad de destino: \_\_\_\_\_

Facultad: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_



Código	Nombre Curso	Semestre	Carga lectiva (Nº de horas semanales)	Créditos
1.				
2.				
3				
4.				
5				

**ASIGNATURAS O TRABAJOS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN**

Código	Nombre Curso	Semestre	Carga lectiva (Nº de horas semanales)	Créditos
1.				
2				
3				
4				
5.				



### CONFORMIDAD DEL ESTUDIANTE

Todas las actividades propuestas están sujetas a la aceptación de la Universidad de Destino. 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 conocer en todos sus términos y aceptar los términos y condiciones del Programa de Movilidad Internacional de la Universidad Nacional de La Pampa (Res. Consejo Superior N° 349/2007).

El firmante declara estar amparado durante su estadía en el exterior por el Seguro de Vida, Accidente y Enfermedad:

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

N° de Póliza: \_\_\_\_\_

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

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

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

Nombre y apellido del alumno:

\_\_\_\_\_



### **COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO**

Como Coordinador Académico de la carrera de \_\_\_\_\_  
de la Universidad Nacional de La Pampa, doy mi conformidad a la movilidad del estudiante

\_\_\_\_\_  
El mismo 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 Coordinador Académico:

Firma:

Fecha:

Nombre de la autoridad competente (Decano o Rector):

Firma y Sello:

Fecha:

Nombre del Coordinador Institucional:

Firma:

Fecha:



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA  
PROGRAMA DE MOVILIDAD INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES  
Modificaciones al Contrato de Estudios Aprobado Inicialmente**

Semestre: \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Pasaporte/DNI: \_\_\_\_\_

**NUEVAS ASIGNATURAS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD: (Universidad de Destino)**  
**Carrera/Licenciatura:**

\_\_\_\_\_

Asignatura/s Anulada/s	Asignatura/s Añadida/s	Horas semanales o créditos

**NUEVAS ASIGNATURAS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA**  
**Carrera/Licenciatura:**

\_\_\_\_\_

Asignatura/s Anulada/s	Asignatura/s Añadida/s	Horas semanales o créditos



**ACEPTACIÓN UNIVERSIDAD DE DESTINO**

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al Contrato de Estudios inicialmente acordado han sido aceptadas.

Nombre de la Universidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador Académico: \_\_\_\_\_

**Firma del Coordinador Académico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**ACEPTACIÓN UNLPam**

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al Contrato de Estudios inicialmente acordado han sido aceptadas.

Nombre de la Universidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador Académico: \_\_\_\_\_

**Firma del Coordinador Académico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de Autoridad Competente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_