

ANEXO I

PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL ANUIES-CIN

CURSO 2016-2017

FICHA DEL ESTUDIANTE SELECCIONADO

1 de 4

Año Académico 2016/2017	
AREA DE ESTUDIO:	<input type="text"/>
UNIVERSIDAD DE DESTINO:	<input type="text"/>
UNIVERSIDAD DE ORIGEN:	<input type="text"/>
DIRECCION:	<input type="text"/>
COORDINADOR INSTITUCIONAL	
▪ Nombre y Apellidos	Mtra. Dulce Quirarte Mireles
▪ Teléfono	0152 33 3630 9891
▪ Fax	0152 33 3630 9592
▪ Correo electrónico	dulceq@cgci.udg.mx
RESPONSABLE:	
▪ Nombre y Apellidos	<input type="text"/>
▪ Teléfono	<input type="text"/>
▪ Fax	<input type="text"/>
▪ Correo electrónico	<input type="text"/>

<b>DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE</b>			
APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRE:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	DNI/pasaporte:	<input type="text"/>
Sexo:	<input type="text"/>	Nacionalidad:	<input type="text"/>
Lugar de nacimiento:	<input type="text"/>		
Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país)		<input type="text"/>	
Teléfono:	<input type="text"/>		
Correo electrónico:	<input type="text"/>		
Tiempo de estancia en la Universidad de destino: Desde el ..... del mes de ..... hasta el ..... del mes de .....			

**PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL ANUIES-CIN  
CURSO 2016-2017**

**COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO <sup>1</sup>  
CONTRATO DE ESTUDIOS**

**1. DATOS DEL ESTUDIANTE**

Apellidos:  Nombre:   
 Pasaporte/DNI:   
 Universidad de Origen  País:

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

Universidad de destino:  País:

	Código	Denominación	Carga lectiva
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anotaciones:

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

Universidad de destino:  País:

	Código	Denominación	Carga lectiva
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ANOTACIONES:**

-

VT° Coordinador Institucional

Responsable Académico

<sup>1</sup> Formulario a completar y entregar por la Universidad de Origen al estudiante y copia a la Universidad de Destino.

**4. COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO<sup>2</sup>**

Como Responsable Académico de la Universidad<sup>3</sup>

De Guadalajara

del Programa antes mencionado, doy mi conformidad a la movilidad del estudiante arriba indicado.

El mismo cursará las asignaturas en el 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 de la Universidad de destino.

Y 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.

Nombre y firma del Responsable Académico

Nombre y firma del Coordinador Institucional  
Universidad de:

Mtra. Dulce Quirarte Mireles

Lugar y fecha:

Lugar y fecha:

**5. CONFORME DEL ESTUDIANTE**

El estudiante beneficiario del Programa se compromete a cursar el programa de estudios acordado durante el período de movilidad establecido desde el  del mes de  hasta el  del mes de

El beneficiario deberá comunicar de inmediato al centro 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 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. Todos estos gastos correrán por su propia cuenta.

Asimismo se compromete a regresar a su universidad de origen finalizado el período de movilidad.

Lugar y fecha:

.....  
Nombre y firma del estudiante:

2

Completar en la Universidad de Origen y entregar al estudiante y copia a la Universidad de Destino.

3

Indicar nombre de la Universidad y citar ciudad y país en los que se encuentra.

6. MODIFICACIONES AL PROGRAMA/CONTRATO DE ESTUDIOS PROPUESTOS ORIGINALMENTE<sup>4</sup>

Materias Anuladas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Materias Añadidas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INSTITUCION DE ORIGEN**

Nombre de la Institución de Origen:  País:

*Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al programa o contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptados.*

Nombre y firma del Responsable Académico 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 aceptados.*

.....  
 .....  
 Nombre y firma del Responsable Académico Nombre y firma del Coordinador Institucional

.....  
 Nombre y firma del Estudiante

Fecha:

<sup>4</sup> A cumplimentar SÓLO en caso de ser necesario.