UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

CONTRATO DE ESTUDIOS 2017/2018

PROGRAMA DE INTERCAMBIO A TRAVÉS DEL CENTRO DE ESTUDIOS DE AMÉRICA LATINA

INSTITUCIÓN DE ORIGEN: UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

LICENCIATURA Y ESPECIALIDAD DEL INTERCAMBIO: ……

DATOS DEL ESTUDIANTE		
Apellidos:		Nombre:
Sexo:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento(d/m/a):
Nº DNI o pasaporte:		
Dirección permanente:		
Tfno. (internacional+código provincial+tfno): +52 (33)		

DETALLES DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO

INSTITUCIÓN DE DESTINO: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Código de curso	Nombre del curso (según el plan de estudios)	nº de creditos
		Total

Firma del estudiante: .....

INSTITUCION DE ORIGEN: Confirmamos que el programa y contrato de estudios quedan aprobados	
Aprobación del Coordinador/ Tutor Lugar y Fecha _____ Firma y Sello ***Director del Departamento en caso de estudiantes de Doctorado**	**Aprobación del Coordinador institucional** Lugar y Fecha _____ Firma y Sello

INSTITUCION DE DESTINO: Confirmamos que el programa y contrato de estudios quedan aprobados	
Aprobación del Coordinador/ Tutor Lugar y Fecha _____ Firma y Sello ***Director del Departamento en caso de estudiantes de Doctorado**	**Aprobación del Coordinador institucional** Lugar y Fecha _____ Firma y Sello

CAMBIOS EN EL PROGRAMA Y CONTRATO DE ESTUDIOS ORIGINAL (Rellenar solamente si es necesario)

Nombre: .....Apellidos: .....

Institución de origen: .....

Código de curso	Nombre del curso (Según el plan de estudios)	Asignatura anulada	Asignatura añadida	Nº de creditos
				Total

Firma del estudiante: .....

INSTITUCION DE ORIGEN: Confirmamos que el programa y contrato de estudios quedan aprobados	
Aprobación del Coordinador/ Tutor Lugar y Fecha _____ Firma y Sello ***Director del Departamento en caso de estudiantes de Doctorado**	**Aprobación del Coordinador institucional** Lugar y Fecha _____ Firma y Sello
INSTITUCION DE DESTINO: Confirmamos que el programa y contrato de estudios quedan aprobados	
Aprobación del Coordinador/ Tutor Lugar y Fecha _____ Firma y Sello ***Director del Departamento en caso de estudiantes de Doctorado**	**Aprobación del Coordinador institucional** Lugar y Fecha _____ Firma y Sello

CENTRO DE ESTUDIOS DE AMÉRICA LATINA *(RECTORADO). UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID.*
CIUDAD UNIVERSITARIA DE CANTOBLANCO. 28049 MADRID. SPAIN.
FAX: +34- 91- 497. 85.97
TELÉFONO: +34 -91- 497. 23. 92
e-mail: ceal@uam.es
Web: http://www.uam.es