

**PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTILZICOSUR
FORMULARIO N° 1**UNIVERSIDAD DE ORIGEN:

Coordinador Institucional: _____ e-mail: _____

Coordinador Académico: _____ e-mail: _____

Tel: _____ e-mail: _____

UNIVERSIDAD DE DESTINO:

Coordinador Institucional: _____ e-mail: _____

Coordinador Académico: _____ e-mail: _____

Tel: _____ e-mail: _____

CARRERA / CURSO

Fechas de Inicio y Finalización de las actividades en la universidad de destino:

Desde: _____ Hasta: _____

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 _____

**PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTILZICOSUR
FORMULARIO N° 2**

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

En caso afirmativo

En caso de tomar medicación habitualmente, sírvase indicar cual:

2. CONFORME DEL ESTUDIANTE

El estudiante firmante se compromete a cursar el Programa de Estudios 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 finalizado el periodo de movilidad.

El firmante declara tener conocimiento de que estará amparado en su estadía en el exterior (desde cuatro días antes del inicio de las actividades académicas hasta cuatro días después de su finalización, por el Seguro de Vida, Accidente; Salud y Repatriación. Declara conocer el Reglamento General del Programa de Movilidad 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: _____

**PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTILZICOSUR
COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO
CONTRATO DE ESTUDIOS**

3. ASIGNATURAS, TALLERES O TRABAJOS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO	
Universidad:	Carrera:
Denominación	Horas semanales (Hs) o Créditos (Cr) (especificar) 1Cr = _____ Horas totales

4. ASIGNATURAS, TALLERES O TRABAJOS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN	
Universidad:	Carrera:
Denominación	Horas semanales (Hs) o Créditos (Cr) (especificar) 1Cr = _____ Horas totales

5. COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (Universidad de Origen)	
Universidad:	Carrera:
Como Coordinador Académico de la _____ de la Red ZICOSUR, doy mi conformidad a la movilidad del estudiante _____	
Firma del Coordinador Académico Nombre: _____ Fecha: _____	Firma y Sello de la autoridad competente (Decano o Rector) Nombre: _____ Fecha: _____
Nombre y firma del Coordinador Institucional: _____	