**Formulario de Postulación**

**MOVILIDAD ESTUDIANTIL**

**COORDINACIÓN INSTITUCIONAL en Rectorado**

Técn. Fernando Andrés Romero – Responsable de Relaciones Internacionales UADER

Teléfono: +54 0343 155 078 375

Correo electrónico: [cooperacioninternacional@uader.edu.ar](mailto:cooperacioninternacional@uader.edu.ar) | [movilidadacademica@uader.edu.ar](mailto:movilidadacademica@uader.edu.ar)

**COORDINACIÓN INSTITUCIONAL en las Facultades**

FCG – Lic.Valentín Romero: [fcg\_relacionesinternacionales@uader.edu.ar](mailto:fcg_relacionesinternacionales@uader.edu.ar)

FCyT – Prof. Renata Galarza: [fcyt\_relaciones\_internacionales@uader.edu.ar](mailto:fcyt_relaciones_internacionales@uader.edu.ar)

FCVyS – Dirigir postulación a [cooperacioninternacional@uader.edu.ar](mailto:cooperacioninternacional@uader.edu.ar)

FHAyCS – Melisa Pérez: [internacionales@fhaycs.uader.edu.ar](mailto:internacionales@fhaycs.uader.edu.ar)

|  |  |
| --- | --- |
| Año académico 2019 | |
| Carrera y sede en UADER |  |
| Carrera y Universidad de destino |  |
| Programa |  |
| Convenio |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Información personal | | | | |
| **Nombre completo** | |  | | |
| **DNI** | |  | | |
| **Lugar de origen** | |  | | |
| **Fecha de nacimiento** | |  | | |
| **Género** | |  | | |
| **Dirección de correo electrónico** | |  | | |
| **Tel. celular** |  | **Posee WhatsApp** | |  |
| **Información médica** | | | | |
| **¿Padece alguna enfermedad, alergia o condición de salud? ¿Cuál/es?** | | |  | |
| **¿Toma alguna medicación periódicamente? ¿Cuál?** | | |  | |
| **¿Se encuentra bajo tratamiento médico actualmente? ¿Por qué motivo?** | | |  | |
| **¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas? ¿Sigue en tratamiento por dicho motivo?** | | |  | |
| **¿Ha recurrido alguna vez a servicios de salud mental (psicólogo o psiquiatra)? ¿Cuándo?** | | |  | |
| **¿Ha consumido psicofármacos alguna vez, por alguna necesidad? ¿Cuándo? ¿Ante qué situaciones?** | | |  | |
| **Persona de contacto 1 (Nombre, parentesco, teléfono)** | | |  | |
| **Persona de contacto 2 (Nombre, parentesco, teléfono)** | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Intercambio Estudiantil | | | | |
| **COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO[[1]](#footnote-1)** | | | | |
| 1. **Datos académicos del estudiante** | | | | |
| Nombre y Apellido | | |  | |
| DNI | | |  | |
| Carrera de Origen / Facultad y Universidad | | |  | |
| Carrera de Destino / Universidad | | |  | |
| 1. **Asignaturas a cursar en la Universidad de Destino** | | | | |
| **Cantidad de Materias** | **Código** | **Denominación** | | **Carga Lectiva** |
| 1 |  |  | |  |
| 2 |  |  | |  |
| 3 |  |  | |  |
| 4 |  |  | |  |
| 5 |  |  | |  |
| Aclaraciones: | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Asignaturas a reconocer en la Universidad de Origen | | | | | | | | |
| **Cantidad de Materias** | **Código** | | **Denominación** | | | | | **Carga Lectiva** |
| 1 |  | |  | | | | |  |
| 2 |  | |  | | | | |  |
| **3** |  |  | | | | | |  |
| 4 |  |  | | | | | |  |
| 5 |  |  | | | | | |  |
| Aclaraciones: | | | | | | | | |
| **FIRMAS** | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | |
| ***Coordinador de carrera***  ***(Nombre, firma, sello)*** | | | | | ***Secretario/a Académico/a***  ***(Nombre, firma, sello)*** | | | |
| **COMPROMISO DE LAS AUTORIDADES** | | | | | | | | |
| Los/las abajo firmantes, autoridades académicas de la Facultad ……………………………………………………. de la Universidad Autónoma de Entre Ríos, otorgamos nuestra conformidad para el intercambio estudiantil del/la estudiante arriba indicado/a.  El/la mismo/a cursará las asignaturas establecidas en el **“COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO”**, las cuales les serán reconocidas por las que figuran en el cuadro **“Asignaturas a reconocer en la Universidad de Origen”,** siempre que el/la estudiante supere los exámenes o pruebas establecidos por la Universidad de destino.  Notificamos además que, dado que el programa de estudios aquí establecido podrá verse modificado una vez se efectúe el intercambio estudiantil, las Áreas de Relaciones Internacionales de la Facultad y el Rectorado, responsables de la gestión de la movilidad estudiantil, notificarán a quienes suscriben ante cualquier modificación.  El presente Compromiso tiene el objetivo de facilitar la tramitación de la homologación de materias para los estudiantes que realizan intercambios estudiantiles en el extranjero, por mlo que se deja constancia de las firmas de las autoridades. | | | | | | | | |
| **FIRMAS** | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | |
| ***Coordinador de carrera***  ***(Nombre, firma, sello)*** | | | | ***Secretario/a Académico/a***  ***(Nombre, firma, sello)*** | | | ***Decano/a***  ***(Nombre, firma, sello)*** | | |
| **COMPROMISO DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | | |
| Como estudiante de UADER, en caso de resultar beneficiario/a de un intercambio estudiantil, me comprometo a cursar las asignaturas acordadas en el **“COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO”** durante el período de la movilidad, y rendir los exámenes o pruebas que la Universidad de Destino establezca.  También, me comprometo a comunicar de inmediato a las Áreas de Relaciones Internacionales de mi Facultad y el Rectorado de UADER **todo cambio en el programa de estudios propuesto originalmente**, sujeto a la aprobación de los coordinadores de las respectivas universidades (de destino y de origen). En caso de no informar en tiempo y forma sobre estos cambios, dejo constancia que conozco las consecuencias y queda bajo mi absoluta responsabilidad, con perjuicio de no poder obtener la homologación de materias correspondiente.  Dejo explícito el compromiso de que estaré amparado/a durante mi estancia en el extranjero por un seguro de vida, accidente y enfermedad que cubra el período completo de mi intercambio. Las copias del mismo serán enviadas, previamente a la efectivización de la movilidad estudiantil, tanto a las Áreas de Relaciones Internacionales de mi Facultad y el Rectorado de UADER como a la Universidad de Destino.  Los costos de los viajes de ida y regreso correrán por mi cuenta.  Asimismo, me comprometo a regresar a mi Universidad de Origen una vez finalizado el período de movilidad. | | | | | | | | | |
| **FIRMA** | | | | | | | | | |
| **(Firma, aclaración)**  **Lugar y fecha:** | | | | | | | | | |

1. Compromiso a completar por el estudiante. El mismo puede verse modificado una vez se efectúe el intercambio estudiantil, de acuerdo a las asignaturas disponibles durante el semestre de intercambio en la Universidad de destino. [↑](#footnote-ref-1)