

**PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL ZICOSUR**  
**FORMULARIO N° 1****UNIVERSIDAD DE ORIGEN:**

Coordinador Institucional: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Coordinador Académico: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Asistente del Coordinador: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

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

**UNIVERSIDAD DE DESTINO:**

Coordinador Institucional: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Coordinador Académico: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Asistente del Coordinador: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

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

**CARRERA / CURSO**

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

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

1. DATOS ACADÉMICOS DEL ESTUDIANTE		
Estudios que realiza:		
Unidad Académica:		
Tiempo de Estudios cursado:	Meses	Años

2. DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE
------------------------------------

APELLIDOS: _____	NOMBRES: _____
_____	
Fecha de nacimiento: _____	
Pasaporte/DNI/C.I.: _____	
Sexo: _____	Nacionalidad: _____
Lugar de nacimiento: _____	
Tel: _____	email: _____
Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país, teléfono, e-mail): _____	
_____	

**PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL ZICOSUR**

Nombre de contacto: _____	Vínculo familiar _____
---------------------------	------------------------

¿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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. 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.

Son responsabilidades del firmante realizar los trámites migratorios, del seguro con el 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); Seguro de Vida, Accidente, Salud y Repatriación, y portar los documentos pertinentes, los cuales serán verificados por la oficina de Movilidad de la Universidad de destino. 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 estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL ZICOSUR  
COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO  
CONTRATO DE ESTUDIOS

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

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

<b>3. COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (Universidad de Origen)</b>	
<b>Universidad:</b>	<b>Carrera:</b>
Como Coordinador Académico de la Universidad _____ de la Red ZICOSUR, doy mi conformidad a la movilidad del estudiante _____	
Firma del Coordinador Académico	Firma y Sello de la autoridad competente (Decano o Rector)
Nombre: _____	Nombre: _____
Fecha: _____	Fecha: _____
Nombre y firma del Coordinador Institucional: _____	