



**ANEXO I  
PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL ANUIES-CIN  
JIMA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHAPINGO  
PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL  
CURSO 2º C 2017  
FICHA DEL ESTUDIANTE SELECCIONADO**

1 de 4

Año Académico 2017	<input type="text"/>
AREA DE ESTUDIO/CARRERA:	<input type="text"/>
UNIVERSIDAD DE DESTINO:	<b>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHAPINGO</b>
<b>UNIVERSIDAD DE ORIGEN:</b>	Universidad Nacional de Villa María
<b>DIRECCION:</b>	Entre Ríos 1431 Villa María – Córdoba – Argentina CP: 5900
<b>COORDINADOR INSTITUCIONAL</b>	
▪ Nombre y Apellidos	Dra. Marta Ancarani
▪ Teléfono	+54 0353 453911 int 2356
▪ Fax	+5403534533110/11
▪ Correo electrónico	Internacionales@unvm.edu.ar
<b>RESPONSABLE:</b>	
▪ Nombre y Apellidos	Lic. Mariana Falco / Prof. Maria Julia Ancarani
▪ Teléfono	+54 0353 453911 int 2356
▪ Fax	+5403534533110/11
▪ Correo electrónico	marianafalcoar@yahoo.com.ar / juliancarani@yahoo.com

<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	<input type="text"/>	del mes de	<input type="text"/>	hasta el	<input type="text"/>	del mes de	<input type="text"/>

**PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL ANUIES-CIN  
CURSO 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:

Materias	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 origen:  País:

Materias	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"/>

**ANOTACIONES:**

VT° 1) Coordinador Carrera UNVM

2) Secretario Académico UNVM

3) UIME - SI

<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>

Universidad Nacional de Villa María

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 Secretario Académico UNVM

Nombre y firma del Coordinador Carrera UNVM

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:

<sup>2</sup> Completar en la Universidad de Origen y entregar al estudiante y copia a la Universidad de Destino.

<sup>3</sup> 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 Secretario Académico UNVM

Nombre y firma del Coordinador Carrera UNVM

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, firma y sello del Responsable Académico

.....  
Nombre, firma y sello del Coordinador Institucional

.....  
Nombre y firma del Estudiante

Fecha:



Unidad de Intercambio y Movilidad Estudiantil (UIME)  
Secretaría de Internacionalización  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHAPINGO**

**2º Cuatrimestre 2017**

Apellido del estudiante:

Nombres:

Nº DNI:

Fecha y lugar de nacimiento:

Domicilio:

Ciudad:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono celular (indicar código de área):

Otro teléfono de contacto familiar (indicar nombre del titular):

Correo electrónico:

Nº de Matrícula de Estudiante UNVM:

Perteneciente a la Carrera:

Del Instituto Académico Pedagógico de Ciencias..... de la  
Universidad Nacional de Villa María.

Lugar y fecha:

Firma del solicitante



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO  
DEPARTAMENTO DE INTERCAMBIO  
ACADÉMICO Y ASUNTOS INTERNACIONALES**

Km. 38.5 Carretera Méx-Texcoco,  
Chapingo, Edo. de México, C.P. 56230  
Edificio Efraín Hernández Xolocotzi 214-217  
Tel./Fax. 595 95 2 15 65  
Tel. 595 95 2-15-00, Ext. 1615, 5107, 5108

**Solicitud de Participación**

Intercambio institucional bilateral

Otro

Especificar:

Año lectivo: /



Foto

**ESTUDIANTES VISITANTES (Solicitud de Participación)**

Nombre(s)		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Primer apellido		
Segundo apellido		
Dirección permanente		Estado / País
Dirección actual de correo		No. de Pasaporte:
Teléfono		E-mail:
Lugar de nacimiento		
Contacto en caso de emergencia		Parentesco:
Dirección del contacto		
Tel. del contacto		E-mail:
Solicita hospedaje en la UCh	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	* Revisar políticas de estancia y hospedaje en Pag Web

<b>Información Académica</b>			
Institución de procedencia			
Facultad o Escuela		Carrera:	
Grado académico	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado
Año de estudios (actual)			
Idiomas	Idioma / Nivel	Idioma / Nivel	Idioma / Nivel
	1.	2.	3.





**UNIVERSIDAD AUTONOMA CHAPINGO  
DEPARTAMENTO DE INTERCAMBIO ACADÉMICO  
Y ASUNTOS INTERNACIONALES**

**CONTRATO DE ESTUDIOS Preliminar  
VISITANTES**

Nombre(s) del estudiante:	
Apellidos:	
Institución de origen:	
País:	

**DETALLES DEL PROGRAMA/CONTRATO DE ESTUDIO PRELIMINAR**

Año/Clave	Nombre de la Asignatura del Plan de Estudios de la UACH	Departamento o División de la UACH	No. de Horas

**INSTITUCIÓN DE ORIGEN**

Confirmamos que el programa/contrato de estudios propuesto esta aceptado.	
Nombre y firma del Coordinador Académico	Nombre y firma del Responsable de la Oficina de Relaciones Internacionales
Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha.	Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha.
Sello:	