

**PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO LATINOAMERICANO
CURSO 1- 2027 MODALIDAD VIRTUAL**

FICHA DEL ESTUDIANTE

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN (completar)

Área de estudio:	Instituto de (al que pertenece tu carrera ICI-IDEI-IDH-ICO)
Universidad de destino:	(nombre completo de la universidad extranjera)
Universidad de origen:	Universidad Nacional de General Sarmiento
Dirección:	Juan M. Gutiérrez 1150 Los Polvorines, Bs. As. Argentina

COORDINADOR INSTITUCIONAL (no modificar)

Nombre y Apellidos:	Dra. Julia Smola
Cargo:	Vicerrectora
Teléfono:	
Correo electrónico:	programapilavirtual@campus.ungs.edu.ar

RESPONSABLE (no modificar)

Nombre y Apellidos:	Lic. Silvia S. Sánchez Prof. Beatriz Ordoñez
Cargo:	Técnica analista
Teléfono:	
Correo electrónico:	programapilavirtual@campus.ungs.edu.ar

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE (completar)

Apellidos:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

DNI / Pasaporte:

Género:

Nacionalidad:

Lugar de nacimiento:

Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país):

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Tiempo de estancia en la Universidad de destino: desde (mes y año) — / — hasta (mes y año)
— / — **(no completar)**

DATOS DE CONTACTO EN CASO DE NECESIDAD O CONTINGENCIA (no completar)

Nombres y Apellidos: —————

Parentesco: —————

Teléfono: —————

Correo Electrónico: —————

**PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO LATINOAMERICANO
CURSO 1- 2027 MODALIDAD VIRTUAL**

**COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO
CONTRATO DE ESTUDIOS**

1. DATOS DEL ESTUDIANTE (completar)

Apellidos:

Nombres:

Pasaporte / DNI:

2. ASIGNATURAS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO (completar)

Universidad de destino:

País:

	Código	Denominación	Carga lectiva
1	(si lo encontrás)	(nombre de la materia elegida en la universidad extranjera)	(si la encontrás)
2			
3			
4			
5			

Observaciones:

3. ASIGNATURAS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN (completar)

Universidad de origen: Universidad Nacional de General Sarmiento País: Argentina

	Código	Denominación	Carga lectiva
1	(si lo encontrás)	(nombre de la materia UNGS que quieres homologar)	(si la encontrás)
2			
3			
4			
5			

Observaciones:

Firma y Sello
Coordinador Institucional

Firma y Sello
Responsable Académico

4. COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (no completar)

Como responsable Académico de la carrera _____, de la Universidad Nacional de General Sarmiento; doy mi conformidad a la movilidad del/la estudiante

El mismo cursará las asignaturas del 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 correspondientes en la Universidad de destino. *En el caso de la UNGS estará sujeto a la aprobación del Comité de Formación.*

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 a nivel Institucional.

Nombre y firma del Responsable Académico
Universidad _____

Nombre y firma del Coordinador Institucional
Universidad _____

Lugar y fecha: _____, ____/____/____

Lugar y fecha: _____, ____/____/____

5. CONFORMIDAD DEL ESTUDIANTE (no completar)

El estudiante beneficiario del Programa de Intercambio Académico Latinoamericano (P.I.L.A.) se compromete a cursar el programa de estudios acordado, durante el período de movilidad establecido desde (mes y año) ----/---- hasta (mes y año) ----/-----

El beneficiario deberá comunicar de inmediato a la Institución de origen, 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).

- En caso de ser necesario, la universidad podrá agregar otras cláusulas que considere necesarias para un intercambio positivo.

(completar)

Firma del estudiante:

Apellido y Nombres:

Lugar y fecha:

6. MODIFICACIONES AL CONTRATO DE ESTUDIOS PROPUESTO ORIGINALMENTE (no completar)

	Código	Denominación	Carga Lectiva
Materias Anuladas			
Materias Añadidas			

INSTITUCIÓN DE ORIGEN

Nombre de la Institución de Origen: _____ País: _____

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptadas.

Nombre y firma del Responsable Académico
Fecha: ____/____/____

Nombre y firma del Coordinador Institucional
Fecha: ____/____/____

INSTITUCIÓN 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 aceptadas.

Nombre y firma del Responsable Académico
Fecha: ____/____/____

Nombre y firma del Coordinador Institucional
Fecha: ____/____/____

Nombre y firma del Estudiante
Fecha: ____/____/____