

PROGRAMA DE INTERCAMBIO – CONTRATO DE ESTUDIOS

UNIVERSIDAD DE ORIGEN: _____

CARRERA / LICENCIATURA: _____

Por favor escribir en letra de imprenta

Apellido: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

País: _____ C.P.: _____

E-mail: _____ Tel: _____

Pasaporte Nº: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M__ / F__



DETALLES DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS EN LA FACULTAD DE MEDICINA - UBA

Nombre del curso (según el plan de estudios)	Semestre

Firma del estudiante: _____

Esta sección debe ser completada por el Decano o autoridad correspondiente de la Facultad en donde el alumno este inscripto-

El / la estudiante:

- 1- Estará exento del pago en la Facultad de Medicina UBA
*(solo en caso de convenio firmado entre ambas Instituciones)
- 2- Una evaluación final necesaria al término de la rotación
- 3- El alumno habla y escribe en castellano de manera fluida

SI*	NO
SI	NO
SI	NO

Título de la autoridad

firma

fecha

SELLO DE LA UNIVERSIDAD