

IMPRESO C - ACUERDO ACADÉMICO

CURSO 2016/2017

Apellidos y nombre del estudiante:		
D.N.I.:	e-mail:	
Universidad de origen:	Centro:	
Universidad de destino:	Centro:	
Titulación de origen/destino:		
Duración de la estancia (meses):	Fecha de inicio:/...../....	Fecha de fin: /...../.....

Programa de estudios

UNIVERSIDAD DE ORIGEN					UNIVERSIDAD DE DESTINO				
Código de origen	Denominación asignatura en universidad de origen	Tipo *	Nº de créditos	Periodo de estudio	Código de destino	Denominación asignatura en universidad de destino	Tipo *	Nº de créditos	Período de estudio

* T (Troncal); O (Obligatoria de Universidad); Op (Optativa); Fb (Formación básica). Utilizar más copias de esta hoja si es necesario.

Firma del Estudiante:	Fecha:
------------------------------	---------------

Centro de origen Se aprueba el programa de estudios propuesto.	
El Coordinador: Fdo.:.....	El Decano/Director: Fdo.:.....
Fecha: / /	Fecha: / /
Centro de destino Se aprueba el programa de estudios propuesto.	
El Coordinador: Fdo.:.....	El Decano/Director: Fdo.:.....
Fecha: / /	Fecha: / /

Impresos por **triplicado:** Universidad de origen / Universidad de destino / Interesado

(Dorso)

IMPRESO C - ACUERDO ACADÉMICO

Apellidos y Nombre del Estudiante:	D.N.I.:
Universidad de Origen:	
Universidad Destino:	

Cambios de Programa de Estudios (configuración definitiva)

Sólo serán válidos los cambios de programa de estudios autorizados, realizados a instancia del estudiante, con el VºBº de los respectivos Decanos/Directores y Coordinadores.

UNIVERSIDAD DE ORIGEN					UNIVERSIDAD DE DESTINO				
Código de origen	Denominación Asignatura en Universidad de origen	Tipo *	Nº de créditos	Período de estudio	Código de destino	Denominación Asignatura en Universidad de destino	Tipo *	Nº de créditos	Período de estudio

* T (Troncal); O (Obligatoria de Universidad); Op (Optativa); Fb (Formación básica)

Firma del Estudiante:	Fecha:
-----------------------	--------

Centro de origen Se aprueba el programa de estudios propuesto.	
Firma del Coordinador:	Firma del Decano/Director:
Fecha: / /	Fecha: / /

Centro de destino Se aprueba el programa de estudios propuesto.	
El Coordinador:	El Decano/Director:
Fdo.:.....	Fdo.:.....
Fecha: / /	Fecha: / /

ANEXO. REDUCCIÓN O AMPLIACIÓN DE ESTANCIA DE INTERCAMBIO

Apellidos y Nombre del Estudiante:	D.N.I.:
Universidad de Origen:	
Universidad Destino:	

Reducción de estancia de curso completo a medio curso

Fecha de inicio de la estancia: __/__/2016	Firma del estudiante	Firma y sello del coordinador universidad origen	Firma y sello del coordinador universidad de destino
Fecha de fin de la estancia: __/__/2016			
Fecha de aprobación: ____/____/2016			

Ampliación de estancia de medio curso a curso completo

Fecha de inicio de la estancia: __/__/2016	Firma del estudiante	Firma del coordinador universidad origen	Firma del coordinador universidad de destino
Fecha de fin de la estancia: __/__/2016			
Fecha de aprobación: ____/____/2016			