

**PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO LATINOAMERICANO
CURSO 1-2026 MODALIDAD VIRTUAL**

FICHA DEL ESTUDIANTE

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN

Área de estudio:	
Universidad de destino:	
Universidad de origen:	Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires
Dirección:	Pinto 399 - Tandil - Argentina

COORDINADOR INSTITUCIONAL

Nombre y Apellidos:	Inés Sack
Cargo:	Directora de Relaciones Internacionales - Rectorado
Teléfono:	(54) (9) 249 4 385600 int. 1961
Correo electrónico:	relacionales.internacionales@rec.unicen.edu.ar

RESPONSABLE

Nombre y Apellidos:	
Cargo:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Apellido: _____

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) ____/____

DATOS DE CONTACTO EN CASO DE NECESIDAD O CONTINGENCIA

Nombres y Apellidos: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

**PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO LATINOAMERICANO
CURSO 1- 2026 MODALIDAD VIRTUAL**

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

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____ Nombres: _____

Pasaporte / DNI: _____

2. ASIGNATURAS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO

Universidad de destino: _____ País: _____

	Código	Denominación	Carga lectiva
1			
2			
3			
4			
5			

Observaciones: _____

3. ASIGNATURAS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Universidad de origen: _____ País: _____

	Código	Denominación	Carga lectiva

1			
2			
3			
4			
5			
Observaciones:			

Firma y Sello
Coordinador Institucional

Firma y Sello
Responsable Académico

4. COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO

Como Responsable Académico de la carrera _____, de (nombre de la Institución) _____; 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.

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

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.

Firma del estudiante: _____

Apellido y Nombres: _____

Lugar y fecha: _____, ____/____/____

6. MODIFICACIONES AL CONTRATO DE ESTUDIOS PROPUESTO ORIGINALMENTE

	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: ____/____/____

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 aceptadas.

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

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

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