



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

PROGRAMA ESCALA DE GESTORES Y ADMINISTRADORES

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre completo del postulante:

Documento de Identidad:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono/Móvil:

Correo Electrónico:

Universidad de origen:

País:

Servicio, Área o Departamento de desempeño:

Referente:

Cargo de la persona Referente:

Teléfono/ Móvil:

Correo Electrónico:

Institución de destino:

País:

Referente:

Cargo de la persona Referente:

Teléfono/móvil:



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

Correo Electrónico:

Período de la movilidad:

Días:

Objetivos generales de la movilidad:

Plan de Trabajo:

Resultados esperados:

Firma del postulante:

Fecha:

De conformidad con el Plan de trabajo propuesto.

UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Firma y sello:

Fecha:

UNIVERSIDAD DE DESTINO

Firma y sello:

Fecha:



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO