



## ANEXO II

### CONTRATO DE ESTUDIOS UNED CAMPUS NET 2014-2015

| 1. DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE (a completar por el/la estudiante seleccionado)  |              |                          |
|---|--------------|--------------------------|
| APELLIDOS:.....NOMBRE:.....   |              |                          |
| Fecha de nacimiento: .....DNI /pasaporte <sup>1</sup> : .....   |              |                          |
| Sexo..... Nacionalidad: .....   |              |                          |
| Lugar de nacimiento: .....  |              |                          |
| Dirección postal: (calle, ciudad, código postal, país) .....  |              |                          |
| Teléfono.....E-mail: .....  |              |                          |
| <b>COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO</b><br><b>CONTRATO DE ESTUDIOS ENTRE EL/LA ESTUDIANTE Y LAS INSTITUCIONES</b>          |              |                          |
| <b>2. ASIGNATURAS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO (el o la estudiante debe elegir un mínimo de 1 asignatura y un máximo de 2)</b> |              |                          |
| Nombre de la institución de destino:  |              | País:                    |
| Materias  | Denominación | Carga lectiva o créditos |
| 1   |              |                          |
| 2   |              |                          |
| <b>3. ASIGNATURAS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN</b>   |              |                          |
| Universidad Nacional de Educación a Distancia- UNED   |              |                          |
| Materias  | Denominación | Carga lectiva o créditos |
| 1   |              |                          |
| 2   |              |                          |

### INSTITUCIÓN DE ORIGEN

Nombre de la institución de origen: **UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA (UNED)**

Coordinador /a institucional

Nombre:

Cargo:

Coordinador/a académico/a

Nombre:

Facultad:

Lugar y Fecha:

Lugar y Fecha:

#### 4. COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO

Como Coordinador/a académico/a, doy mi conformidad a la movilidad virtual del estudiante arriba indicado para cursar las asignaturas relacionadas en el 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 de la Universidad de destino.

Y 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.

Nombre de la institución de destino:

Coordinador/a institucional

Nombre:

Cargo:

Coordinador/a académico/a

Nombre:

Facultad:

Lugar y Fecha:

Lugar y Fecha:

#### 5. CONFORME DEL ESTUDIANTE

El/La estudiante se compromete a cursar la asignatura/s acordada/s durante el período establecido en la Universidad.....

El beneficiario deberá comunicar de inmediato al centro 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).

Asimismo se compromete a entregar en su universidad de origen los justificantes de las calificaciones obtenidas finalizado el periodo de movilidad.

El incumplimiento de lo anteriormente expuesto podrá ser considerado como causa de rescisión de las ayudas asociadas a este programa de movilidad y de recuperación de los fondos asignados al beneficiario.

Lugar y fecha:

Nombre y firma del estudiante:

#### 6. MODIFICACIONES AL PROGRAMA/CONTRATO DE ESTUDIOS PROPUESTOS ORIGINALMENTE<sup>2</sup>

<sup>2</sup> A cumplimentar SÓLO en caso de ser necesario.

|  | Nombre de la asignatura | Número de Créditos |
|--|-------------------------|--------------------|
| Materia Anulada  |                         |                    |
| Materia Añadida  |                         |                    |
| Modificaciones a reconocer en la Universidad de Origen |                         |                    |

**INSTITUCIÓN DE ORIGEN**

Nombre de la Institución de origen:  
País:

*Confirmamos que las modificaciones anteriormente detallados al programa / contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptados.*

Coordinador/a institucional  
Nombre :  
Cargo:

Coordinador/a académico/a  
Nombre:  
Facultad:

Lugar y Fecha :

Lugar y Fecha: