



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO

Ano 20____Semestre ____

**PROGRAMA ESCALA DE ESTUDIANTES DE GRADO DE LA AUGM
FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

UNIVERSIDAD DE ORIGEN: _____

Coordinador Institucional: _____ e-mail: _____

Coordinador Académico: _____ Tel.: _____

e-mail: _____

UNIVERSIDAD DE DESTINO: _____

Coordinador Institucional: _____ e-mail: _____

Coordinador Académico: _____ Tel.: _____

e-mail: _____

CARRERA / CURSO: _____

Fechas de Inicio y Finalización de las actividades académicas en la universidad de

destino: desde _____ hasta _____

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

Fecha de nacimiento: _____ Pasaporte/DNI/C.I.: _____

Género: _____ Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país, teléfono, e-mail): _____

Nombre de contacto: _____ Vínculo familiar: _____