

CAMBIOS SOBRE EL PROGRAMA/CONTRATO DE ESTUDIOS PROPUESTO INICIALMENTE (a
cumplimentar SÓLO si fuera necesario)

Nombre y apellidos del(a) estudiante:	DNI:
Intitución de origen: País:	

Nombre de la asignatura del Plan de Estudios de la Universidad de destino	Nombre de la asignatura del Plan de Estudios de la Universidad de origen por la que se reconocerá la/s cursada/s en la Universidad de destino	Asignatura anulada	Asignatura añadida	Nº. de créditos
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si es necesario, continúe la lista en una hoja aparte

INSTITUCIÓN DE ORIGEN	
Confirmamos que el cambio en el programa/contrato de estudios propuesto está aceptado.	
Firma del(a) Coordinador(a) Departamental	Firma del(a) Coordinador(a) Institucional
Nombre del coordinador:.....	
Fecha:	Fecha:

INSTITUCIÓN DE DESTINO	
Confirmamos que el cambio en el programa/contrato de estudios propuesto está aceptado.	
Firma del(a) Coordinador(a) Departamental	Firma del(a) Coordinador(a) Institucional
Fecha:	
Fecha:	Fecha:.....

Firma del(a) estudiante
Fecha: