PLANO DE ESTUDOS PARA ALUNO PARTICIPANTE

**DO PROGRAMA DE MOBILIDADE ACADÊMICA INTERNACIONAL**

PARA SER PREENCHIDO PELO ALUNO COM O AUXÍLIO DO COLEGIADO DO CURSO

**Dados do Aluno**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| E-mail: | Matrícula na Ufes: |
| Celular: | Campus: |
| Centro de Ensino: | Curso: |

**Informações da Instituição Anfitriã**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome da Instituição: | Campus: |
| Cidade: | País: |
| Curso: | Telefone: |
| E-mail da Secretaria de Relações Internacionais: | |

**Período de Trancamento de Matrícula pretendido**: Semestre(s) 20XX/X

**Período pretendido para Mobilidade:** mês/20XX a mês/20XX

**Plano de Disciplinas**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Disciplinas a serem cursadas na instituição de destino | | | | Disciplinas possíveis para aproveitamento na ufes | | | |
| Disciplina | Código | | Créditos / ch | Disciplina | Código | | Créditos / ch |
|  |  | | / h |  |  | | / h |
|  |  | | / h |  |  | | / h |
|  |  | | / h |  |  | | / h |
|  |  | | / h |  |  | | / h |
|  |  | | / h |  |  | | / h |
|  |  | | / h |  |  | | / h |
| Total de créditos e ch: | | / h | | Total de créditos a serem aproveitados: | | / h | |

**Confirmação do Aluno**

*Confirmo que as informações que forneci neste formulário são verdadeiras, exatas, atuais e completas. Tenho ciência de que a análise de aproveitamento dos estudos no exterior será de responsabilidade do Colegiado do Curso de Graduação após o término da mobilidade e de que* ***não há garantia de sua completa validação****.*

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do Aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data: |

**Aprovação da Instituição de Origem**

*Declaro que o Plano de Disciplinas proposto está aprovado. Declaro ainda que este documento não garante a validação do aproveitamento dos estudos no exterior, o qual deverá ser solicitado pelo aluno ao Colegiado ao término da mobilidade*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Coordenador do Curso de Graduação ou Professor designado: | | |
| Nome: | Assinatura: | Data: |