**PROGRAMA FOUBAINT DOCTORAL**

**Compromiso del estudiante de Doctorado.**

Yo, ……………………………………………………………………….., estudiante de doctorado de la Facultad de Odontología actualmente participando en el Programa FOUBAINT DOCTORAL, me comprometo a cumplir mis obligaciones como estudiante de movilidad FOUBA, a saber:

* Conocer los términos establecidos en las bases del programa y en la convocatoria vigente;
* Conocer lo resuelto a través del capítulo J del CODIGO.UBA I-26 sobre filiación institucional en las distintas publicaciones y/o producciones de todo el personal (docentes, investigadores, estudiantes de grado y posgrado) vinculado con la Universidad;
* Conocer y cumplir con lo establecido en el capítulo A CÓDIGO.UBA I-43 sobre Propiedad de Resultados;
* Utilizar los fondos otorgados por la FOUBA a los fines establecidos en la convocatoria vigente;
* Contratar un seguro de accidente, salud y repatriación que cubra las contingencias que puedan producirse tanto durante su período de permanencia en la universidad de Destino, como en los trayectos de ida y regreso a Buenos Aires y acreditar su adquisición ante la Secretaría de Relaciones Internacionales de la Universidad de Buenos Aires antes del comienzo de la movilidad;
* Contar con solvencia financiera para cubrir los gastos de todo tipo que surgieran durante el transcurso de la movilidad en la universidad de Destino;
* Realizar las gestiones necesarias para la obtención de los requisitos migratorios el período de movilidad;
* Cumplir con lo establecido en el Plan de Trabajo, asistiendo y participando regularmente de las actividades propuestas. Si no lograra este requisito, deberé justificar los motivos del incumplimiento;
* Asumir la responsabilidad de los daños que pudieran ocasionar a sí mismos y a terceros durante su participación en el Programa, que no estén cubiertos por el seguro contratado;
* Cumplir con las exigencias sanitarias establecidas por los países de destino y tránsito;
* Cumplir con las leyes locales, y con las reglas de la Universidad de Destino;
* Participar de todas las actividades de seguimiento, control y con aquellas de carácter administrativo establecidas por la Universidad de Buenos Aires;
* Realizar las actividades que le sean requeridas por el Programa, tales como: Realización de estancias doctorales, con una duración mínima de tres meses, en instituciones extranjeras, Desarrollo de tesis bajo régimen de cotutela, Participación en proyectos internacionales de investigación con la institución contraparte.
* **Acreditar conocimientos de idioma en el caso que la universidad de destino exigiera un idioma diferente al español;**
* Presentar a mi regreso todos los comprobantes de gastos que eventualmente sean solicitados ante la Secretaría de Relaciones Internacionales de la Facultad de Odontología.
* Informar a la Secretaría de Relaciones Internacionales de la Facultad de Odontología cualquier desplazamiento temporario fuera de la ciudad de destino, indicando el período de ausencia, lugar de destino, y datos de contacto para comunicarse en caso de emergencia, deslindando a la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires de toda responsabilidad acaecido en dicho desplazamiento;
* En caso de renuncia, comunicaré de inmediato a través de una nota dirigida a la Secretaría de Relaciones Internacionales de la UBA, los motivos que la suscita y notificaré a mi unidad académica de origen, la cual deberá posteriormente acompañar la decisión. Asimismo, la UBA como mi universidad de origen podrán tomar las medidas que crean pertinentes.

Tomo conocimiento de que la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires no se responsabilizará por las acciones de los/las estudiantes beneficiados/as por el programa una vez finalizado el mismo, ni brindará los beneficios designados a ellos durante el período de estancia académica.

Por último, me notifico que la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires no se responsabilizará por daños cometidos por los/las estudiantes en el alojamiento y/o otras instalaciones públicas y privadas, así como también tomo conocimiento de que ante cualquier acto inapropiado para un/una estudiante, la UBA podrá suspender la movilidad y solicitar el retorno al país, previo contacto con la unidad académica de origen del estudiante.

………………………………………………………………………………………….....

Firma del/ de la estudiante

………………………………………………………………………………………….....

Nombre y apellido completo del/de la estudiante

………………………………………………………………………………………….....

DNI del/de la estudiante

Buenos Aires,                       de                               de 20…