**PROGRAMA FOUBAINT DOCENTES- MODALIDAD I.**

**Compromiso docente.**

Yo,……………………………………………………………………….., docente de la Facultad de Odontología-UBA actualmente participando en el Programa FOUBAINT DOCENTES 2025 – Modalidad I- 1er llamado, me comprometo a cumplir mis obligaciones como docente de movilidad FOUBA, a saber:

* Conocer los términos establecidos en las bases del programa y en la convocatoria vigente;
* Conocer la resolución (CS) Nº 6157/16 de 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 la resolución (CD) Nº RESCD-2024-1177-E-UBA-DCT#FODON y anexo, y cumplir con lo establecido en la misma;
* Conocer y cumplir con lo establecido en la resolución (CS) Nº 1868/03 sobre Propiedad de Resultados;
* Utilizar los fondos otorgados por la Facultad de Odontología a los fines establecidos en la convocatoria vigente;
* Incluir en la documentación de postulación una nota firmada, en carácter de declaración jurada, en la que indico que los gastos de alojamiento, manutención y otros serán afrontados personalmente y/o a través de financiamiento externo a las dos instituciones intervinientes, en caso de que la Universidad de destino no financie los gastos de estadía;
* Acreditar la contratación del seguro de accidente, salud y repatriación que se adecue a los requerimientos del país e institución de destino y 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;
* Acreditar 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 para 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 pudiera ocasionar a sí mismo 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 Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires;
* Realizar las actividades que le sean requeridas por el Programa, tales como: Participación en programas de enseñanza, formación avanzada y/o investigación en instituciones extranjeras, Colaboración en proyectos internacionales con impacto en la docencia y la Práctica clínica;
* Presentar a mi regreso todos los comprobantes de gastos que eventualmente sean solicitados y la rendición de cuentas por FOUBA;
* En caso de renuncia, comunicaré de inmediato a través de una nota dirigida a la Secretaría de Relaciones Internacionales de la Facultad de Odontología-UBA, los motivos que la suscita, la cual deberá posteriormente acompañar la decisión. Asimismo, la FOUBA podrá tomar las medidas que crea pertinentes.

Tomo conocimiento de que la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires no se responsabilizará por las acciones de los/las docentes beneficiados/as por el programa una vez finalizado el mismo.

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

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

Firma del/de la docente

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

Nombre y apellido completo del/de la docente

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

Pasaporte del/de la docente

Buenos Aires,                       de                               de 20…