



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSITY OF SÃO PAULO MEDICAL SCHOOL

LEARNING AGREEMENT
CONTRATO DE ESTUDOS

Student's full name / Nome completo do(a) estudante	E-mail address / Endereço de e-mail
Home University Name and Country / Nome da Universidade de origem e País	Portuguese Proficiency / Proficiência em Português
Major field of study / Programa principal de graduação	Current Year or semester - Ano ou Semestre Atual
Exact Desired period of exchange (dd/mm/yy) / Período exato desejado para o intercâmbio(dd/mm/aa)	
From:	To:

Course / Discipline / Elective [as indicated on the website Curso / Disciplina / Elective (conforme indicado no site) Website: http://fm.usp.br/en/international-students/find-your-course	
USP Code	Name / Nome

Motivation Statement - Describe, in a few words, your motivation for attending this program Declaração de Motivação - Descreva, em poucas palavras, sua motivação para realizar este intercâmbio

Commitment / Compromitente	Phone number / Telefone	Signature of student / Assinatura do estudante	Date / Data
Student / Estudante			
Responsible Person at the sending Institution / Responsável na Instituição de Origem	Name / Nome	Email address / E-mail	OFFICIAL STAMP
	Position / Cargo ou Função	Signature / Assinatura	