ID DOCUMENTO: w6klLsOxwpvCkcOSwqbDvA/DqygzEUXDkcOZwrbCjcK+
Verificación código: https://sede.ubu.es/verifica

ANEXO I

Propuesta de participación en un Programa Intensivo Combinado (Blended Intensive Programme – BIP)

1. Universidad coordinadora del BIP
Universidad: _____

2. Título del programa
Denominación del BIP: _____

3. Fechas previstas de realización

- **Componente virtual:** _____
- **Movilidad presencial:** _____

4. Descripción académica y formativa del BIP
Describa brevemente los objetivos del programa, contenidos académicos, competencias que se desarrollarán, metodología docente, actividades previstas y resultados de aprendizaje esperados.

_____
_____
_____

5. Universidades participantes
Indique las instituciones de educación superior que participan en el programa:

- _____
- _____
- _____
- _____

6. Número estimado de estudiantes de la Universidad de Burgos (UBU) participantes

Número previsto: _____ estudiantes.

7. Titulaciones de procedencia de los estudiantes
Indique las titulaciones desde las que se prevé la participación del alumnado:

- _____
- _____
- _____

FIRMADO POR	FECHA FIRMA
SELLO DE UNIVERSIDAD	16-07-2026 10:21:23

Documento firmado electrónicamente - Hospital del Rey, S/N - 09001 Burgos (España) - Tel.: 947 25 87 00

ID DOCUMENTO: w6klLsOxwpvCkcOSwqbDvA/DqygzEUXDkcOZwrbCjcK+
Verificación código: https://sede.ubu.es/verifica

8. Evidencia de la invitación o acuerdo de participación
Se adjuntará la documentación acreditativa de la invitación o del acuerdo de participación entre las universidades. En caso de no estar disponible en el momento de la presentación de esta solicitud, podrá aportarse durante el periodo correspondiente a la resolución provisional.

Documentación aportada:
☐ Sí
☐ No (se aportará en la resolución provisional)

9. Información sobre el reconocimiento académico previsto
Indique el reconocimiento académico que obtendrán los estudiantes participantes (ECTS, asignaturas, actividades académicas, reconocimiento de competencias u otras modalidades).

_____
_____
_____
_____

Responsable de la solicitud: _____

Departamento/Centro: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Firma: _____