**FORMATO DE SOLICITUD**

|  |
| --- |
| **1. DATOS PERSONALES** |
| Nombres: |  | Apellidos: |  |
| Tipo de Documento de Identidad:  |  DNI |  | C.E | Pasaporte  |  |
| Datos de Nacimiento: |  Fecha | Lugar de nacimiento: |  |
| DD | MM | AAAA | País de nacimiento: |  |
|  |  |  | Nacionalidad: |  |
| Dirección del lugar de Origen: |  |
| Ciudad: |  | País |  | Teléfono fijo: |  |
| Correo Electrónico: |  | Móvil: |  |
| Fecha de Postulación: |  |

|  |
| --- |
| **2. DATOS ACADÉMICOS** |
| **Universidad de Origen:** |  |
| Dirección: |  |
| Escuela Profesional: |  | Posición actual |  | Semestre |  |
| Facultad: |  |
| Contacto para intercambios: |  |
| Correo Electrónico: |  | Teléfono |  |
| **Universidad Destino:** |  |

|  |
| --- |
| **3. IDIOMAS** |
| Parámetro de Calificación: Muy bien (MB) - Bien (B)- Regular (R) – Poco (P) |
| Idioma 1 | Comprensión Lectora | Habla | Escribe | Escucha |
|  |  |  |  |  |
| Idioma 2 | Comprensión Lectora | Habla | Escribe | Escucha |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. DATOS DE LA MOVILIDAD ACADÉMICA** |
| Escuela Profesional: |  |
| Duración de la movilidad | Un semestre ( ) | Dos semestres ( ) | Otro: |  |
| Ciclo Académico |  | Modalidad (presencial o no presencial): |
| ¿Es ésta una solicitud de Prórroga? | SI |  | NO |  | ¿Requiere información de hospedaje? | SI |  | NO |  |
| Tipo de Movilidad (Seleccione) |
| Semestre académico |  | Estancia corta |  | PrácticaInternacional |  | Estancia de investigación |  | Doble Titulación |  | Co-Tutela Tesis Maestría o Doctorado |  | Estancia de docencia |  |
| Opciones de Movilidad (Seleccione) |
| Convenio ( ) | Sin Convenio ( ) |

|  |
| --- |
| **5. JUSTIFICACIÓN O MOTIVACIÓN** |
| Por favor redacte en español sus razones para solicitar intercambio en la Universidad destino. |
|  |

|  |
| --- |
| **6. PROYECTO DE HOMOLOGACIÓN DE ASIGNATURAS (si aplica)** |
| **ASIGNATURAS MATRICULADAS EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN** |
| **Código** | **Asignatura (Nombre completo)** | **NIVEL** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **ASIGNATURAS A MATRICULAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO** |
| **Código** | **Asignatura (Nombre Completo)** | **NIVEL** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **APROBACIÓN DE MOVILIDAD** |
|  Firma del solicitante:  |
| Director de Escuela: Por Dirección de Relaciones Interinstitucionales  Firma / sello: Firma / sello: |

Declaro que obtendré el seguro médico internacional correspondiente para mi estancia en la universidad de destino. Declaro que poseo los medios financieros necesarios para realizar mi estancia en la universidad de destino.

XXX

Declaro que cumpliré con la reglamentación migratoria del lugar de destino.

X

**(las tres opciones anteriores solo es para movilidad presencial).**

**Por favor adjunte los documentos requeridos a su aplicación** (Si prorroga, no aplica)