MOVILIDAD UNIVERSITARIA

FOTO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTES EXTRANJEROS

F-CECRI-MU.03 (Versión 03)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | |
| Nombres y Apellidos (como figura en el pasaporte) |  | | | | |
| Fecha de Nacimiento |  | Nacionalidad | | |  |
| Documento Nacional de Identidad |  | N° de Pasaporte | | |  |
| Dirección Postal |  | | | | |
| Dirección electrónica |  | | Teléfonos |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA** | |
| Universidad de Origen |  |
| Facultad/Escuela/Departamento: |  |
| Código de Matrícula |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE HOSPEDAJE** | | | | | |
| Fecha de arribo a la ciudad de Lima |  | ¿Requiere asistencia para elegir alojamiento? | De ser así, indique el tipo de alojamiento que preferiría (marque con una X) | Casa de familia |  |
| Hora de arribo a la ciudad de Lima |  | Casa de pensión |  |
| Aerolínea |  | Hotel u Hostal |  |
| N° de Vuelo |  | Departamento |  |
| De contar con alojamiento, indique la dirección, teléfono y la persona de contacto. | | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EN CASO DE EMERGENCIA** | | |
| Nombre de la persona que debe ser notificada, en caso de emergencia. Indique su vínculo | |  |
| Dirección Postal |  | |
| **EN CASO DE EMERGENCIA** | | |
| Teléfonos |  | |
| Dirección electrónica |  | |
| ¿Sufre de alguna dolencia por la que pueda requerir cuidados especiales? | |  |
| ¿Tiene restricciones alimenticias o sufre de alguna alergia? | |  |
| Indique la relación de medicamentos que toma diariamente. | |  |

Después de llenar esta solicitud, conozco y tengo en consideración los términos y condiciones del Programa de Movilización Universitaria a la que estoy postulando, en cuanto al cronograma de postulación, documentación requerida, e inversión que representa. Declaro que todos los datos consignados en la presente solicitud son totalmente verdaderos. En caso de ser aceptado en la Universidad Femenina del Sagrado Corazón - UNIFÉ, me comprometo a cumplir sus normas y reglamentos, así como los de la Facultad a la que asista.

Firma del estudiante Fecha / /

***El estudiante deberá adjuntar una carpeta conteniendo los siguientes documentos:***

1. *Partida o Acta de Nacimiento apostillada.*
2. *Pasaporte vigente.*
3. *Copia del seguro médico.*
4. *3 fotografías a color, fondo blanco, formato pasaporte (5 x 5 cm.)*
5. *Certificados de estudios, cursados en la universidad de origen (apostillados).*
6. *Certificado de no tener problemas académicos ni administrativos en su universidad de origen (apostillado).*
7. *Constancia de suficiencia del español, otorgado por una institución de certificación internacional, en caso el estudiante no fuera de habla española.*
8. *Carta de motivación, explicando la motivación y objeto de estudio en la UNIFÉ y cómo contribuirá lo aprendido en su formación como profesional.*

**CARTA DE MOTIVACIÓN DEL ESTUDIANTE (MÁXIMO UNA CARA)**

Explica la motivación y objeto de estudio en las asignaturas elegidas en esta universidad

y cómo contribuirá lo aprendido en su formación como profesional.

Nombre estudiante: Firma estudiante:

Fecha:

**PLAN ACADÉMICO DE MOVILIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres y Apellidos |  | | | | | | |
| Nacionalidad |  | | | Fecha de Nacimiento | |  | |
| Universidad de Origen |  | | | | | | |
| Carrera |  | | | | | | |
| Ciudad /País |  | | Promedio ponderado | |  | Créditos aprobados |  |
| Semestre que desea realizar el intercambio | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Facultad de destino | |  | | | |
| Escuela Profesional | |  | | | |
| Código | Asignatura UNIFÉ | | Ciclo | Código | Asignatura Universidad extranjera |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |

La/El Director(a) de la Escuela Profesional de …………………………………………………………………..de la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ciudad, país) aprueba el Plan Académico de Movilidad.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha | Firma  Director(a) de Escuela |

La/El estudiante está de acuerdo con el Plan Académico de Movilidad.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha | Firma  Estudiante |

La Universidad Femenina del Sagrado Corazón acepta la candidatura

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha | Firma  Estudiante |