FOTO

MOVILIDAD UNIVERSITARIA

SOLICITUD DE POSTULACIÓN ESTUDIANTES UNIFÉ

F-CECRI-MU.01 (versión 3)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN PERSONAL** | | | | |
| Nombres y Apellidos |  | | | |
| Código de Matrícula |  | Fecha de Nacimiento | |  |
| Documento Nacional de Identidad |  | N° de Pasaporte | |  |
| Dirección Postal |  | | | |
| Dirección electrónica |  | Teléfonos |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA** | | | | | |
| Facultad |  | | | | |
| Programa Académico |  | | | Ciclo de matrícula |  |
| Especialidad |  | Promedio ponderado |  | Créditos aprobados |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lengua materna: | |  | | | | |
| Nº | Lenguas aprendidas | | habla | lee | escribe | comprende |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EN CASO DE EMERGENCIA** | | | |
| Nombre y vínculo de la persona a notificar, en caso de emergencia. | |  | |
| Dirección Postal |  | | |
| Dirección electrónica |  | Teléfonos |  |
| ¿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. | | a)  b)  c) | |

Después de llenar esta solicitud, conozco y tengo en consideración los términos y condiciones del Programa de Movilización Universitaria de la UNIFÉ 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 y que pueden ser utilizados por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón durante el proceso de postulación. Si tuviera que renunciar al intercambio, me comprometo a informar de inmediato a Movilidad Universitaria, con la finalidad de no perjudicar a las estudiantes que se encuentran en lista de espera.

Firma del estudiante Fecha / /

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

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

y cómo contribuirá lo aprendido en su formación como profesional.

Nombre estudiante: Firma estudiante:

Fecha:

**PLAN ACADÉMICO DE MOVILIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres y Apellidos |  | | | | | | |
| Código de Matrícula |  | | | Fecha de Nacimiento | |  | |
| Facultad |  | | | | | | |
| Programa Académico |  | | | | | Ciclo de matrícula |  |
| Especialidad |  | | Promedio ponderado | |  | Créditos aprobados |  |
| Semestre que desea realizar el intercambio | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Universidad Extranjera | |  | | | |
| Facultad | |  | | | |
| Carrera | |  | | | |
| Código | Asignatura Universidad extranjera | | Código | Asignatura UNIFÉ | Ciclo |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |

La/El Director(a) de la Escuela Profesional de …………………………………………………………………..de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón 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 convalidación en la UNIFÉ se realizará una vez que la/el estudiante entregue en su respectiva Escuela Profesional la constancia de notas de las asignaturas cursadas y aprobadas en la universidad extranjera.

**MOVILIDAD UNIVERSITARIA**

COMPROMISO DE RETORNO PARA ESTUDIANTES UNIFÉ

F-CECRI-MU.06

# Yo, NOMBRES APELLIDOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con código de matrícula N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Escuela Profesional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Facultad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

me comprometo a retornar al Perú al término de la beca de estudios, por movilidad estudiantil, durante el semestre académico 2016 - \_\_\_\_ en la Facultad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Escuela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ciudad), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (país), desde el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2016.

Por tal motivo, suscribo el presente documento en señal de compromiso irrevocable a los \_\_\_\_\_\_días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año dos mil dieciséis.

Firma de la estudiante UNIFÉ

Nombre completo

Código de estudiante UNIFÉ

N° Pasaporte