

PHOTO

MOVILIDAD UNIVERSITARIA

INTERNATIONAL PROFESSORS APPLICATION FORM

F-CECRI-MU.04A

|  |
| --- |
| **PERSONAL INFORMATION** |
| Name and Last Name (as it appears in passport) |  |
| Birthday |  | Nationality |  |
| National Identity Document |  | Passport Number |  |
| Address |  |
| E-mail  |  | Telephones  |  |

|  |
| --- |
| **ACADEMIC INFORMATION** |
| Home institution |  | Country/city |  |
| Faculty/School/Departament: |  |
| Department or chair  |  | Courses taught at home institution |  |
| Diplomas obtained |  | University of study |  |
| Tongue language |  |
| Learned languages | Speak | read | write | understand |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **MOBILITY PROGRAM** |
| Term in which you want to apply |  |
| Description of Project/Research to follow.  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **LODGING INFORMATION** |
| Date of arrival to Lima |  | Do you need assistance for accommodation | If that the case, refer the type of accommodation you prefer (mark with an X your choice) | Family’s house |  |
| Time of arrival to Lima |  | Hostel |  |
| Airlines |  | Hotel |  |
| Flight Number |  | Apartment |  |
| If you found a place to stay, inform us the address, telephone and contact name. |  |

|  |
| --- |
| **IN CASE OF EMERGENCY** |
| Name of person to be notified in case of emergency. Indicate her/his professor’s bond. |  |
| Address  |  |
| Telephones  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| E-Mail |  |
| Do you have any disease, which you require special needs? |  |
| Food restrictions or allergies? |  |
| Report the Medicine you take every day. | a)b)c) |

After completing this application, I have known the terms and conditions of UNIFE Mobility Program, its schedule of application, documentation required and expenses, I am applying to. I hereby state that the information provided in this application is true. If I am admitted, I agree to accept all my academic obligations and the administrative regulations of the Institution and the School I assist.

Professor’s signature Date / /

FOTO

MOVILIDAD UNIVERSITARIA

SOLICITUD DE POSTULACIÓN DOCENTES EXTRANJEROS

F-CECRI-MU.04 (Versión 02)

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

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA** |
| Universidad de Origen |  | País / Ciudad |  |
| Facultad/Escuela/Departamento al que pertenece |  |
| Área o Cátedra a la que pertenece |  | Cursos que dicta en universidad de origen |  |
| Grados y Títulos obtenidos |  | Universidad de estudio |  |
| Lengua materna |  |
| Lenguas aprendidas | habla | lee | escribe | comprende |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PROGRAMA DE MOVILIZACIÓN** |
| Semestre que desea realizar el intercambio |  |
| Descripción del Proyecto/Investigación a seguir: |  |
|  |

|  |
| --- |
| **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 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 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 otros docentes que se encuentran en lista de espera.

 Firma del docente Fecha / /