FOTO

MOVILIDAD UNIVERSITARIA

SOLICITUD DE POSTULACIÓN DOCENTES UNIFÉ

F-CECRI-MU.02 (versión 3)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | |
| Nombres y Apellidos |  | | | | |
| Código Docente |  | Fecha de Nacimiento | | |  |
| Documento Nacional de Identidad |  | N° de Pasaporte | | |  |
| Dirección Postal |  | | | | |
| Dirección electrónica |  | | Teléfonos |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA** | | | | |
| Grados y Títulos obtenidos |  | | Universidad de estudio |  |
| Departamento Académico al que pertenece |  | | | |
| Área o Cátedra a la que pertenece |  | Cursos que dicta en UNIFÉ |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 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 / /

**PLAN ACADÉMICO DE MOVILIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | | |
| Nombres y Apellidos |  | | | | | |
| Código Docente |  | | Fecha de Nacimiento | | |  |
| Documento Nacional de Identidad |  | | N° de Pasaporte | | |  |
| Dirección Postal |  | | | | | |
| Dirección electrónica |  | | | Teléfonos |  | |
| Departamento Académico al que pertenece | |  | | | | |
| Semestre o fecha que desea realizar la movilidad | | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Universidad Extranjera |  |
| Facultad |  |
| Carrera |  |
| Describa la labor que realizará en la Universidad Extranjera | |
|  | |

El/La Decano(a) de la Facultad ………………………………………………………………………………… y El/La Director(a) del Departamento Académico de ………………………………………………………………… de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón aprueban el Plan Académico de Movilidad del docente.

La Molina, …………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Firma  Decano (a) de la Facultad Fecha | Firma  Director (a) Departamento Académico |

COMPROMISO DE RETORNO PARA DOCENTES UNIFÉ

# Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docente adscrito al Departamento Académico de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, me comprometo a retornar al Perú al término de la estancia en el marco de la movilidad docente en la Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ciudad), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.(país), desde el \_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2016.

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

Firma del docente UNIFÉ

Nombre completo

DNI N°

N° Pasaporte