****

FOTO

SOLICITUD DE POSTULACIÓN DOCENTE INTERNACIONAL

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 / /

Sírvase marcar con una X en el recuadro y revisar nuestra política de privacidad:

|  |
| --- |
|  |

Autorizo a la UNIFÉ a utilizar mis datos para los fines que sean necesarios para el trámite a realizar.

Ver **POLITICA DE PRIVACIDAD**en el siguiente enlace:

<https://www.unife.edu.pe/importante/politica_privacidad.html>