****SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DOCENTE UNIFÉ

FOTO

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Lenguas aprendidas | habla | lee | escribe | comprende |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROGRAMA DE MOVILIZACIÓN** | |
| Semestre que desea realizar el intercambio |  |
| Nombre de la universidad extranjera |  |
| Ciudad, país |  |
| Descripción del Proyecto a seguir: |  |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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, si fuera el caso. | | 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. 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>