****SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTES EXTRANJEROS

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| **Nombres y Apellidos (como figura en pasaporte)** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  | **Nacionalidad** |  |
| **Documento Nacional de Identidad** |  | **N° de Pasaporte** |  |
| **Dirección Postal** |  |
| **Dirección electrónica** |  | **Teléfonos** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA** |
| **Universidad de Origen** |  |
| **Facultad/Escuela/Departamento:** |  |
| **Código de Matrícula** |  |

|  |
| --- |
| **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 de la persona que debe ser notificada, en caso de emergencia. Indique su vínculo** |  |
| **Dirección Postal** |  |
| **Teléfonos** |  |
| **Dirección electrónica** |  |
| **¿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.** |  |

**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. En caso de ser aceptado en la Universidad Femenina del Sagrado Corazón - UNIFÉ, me comprometo a cumplir sus normas y reglamentos, así como los de la Facultad a la que asista.**

 Firma del estudiante Fecha / /

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

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

y cómo contribuirá lo aprendido en su formación como profesional.

Nombre estudiante: Firma estudiante:

Fecha:

******PLAN ACADÉMICO DE MOVILIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos |  |
| Nacionalidad |  | Fecha de Nacimiento |  |
| Universidad de Origen |  |
| Carrera |  |
| Ciudad /País |  | Promedio ponderado |  | Créditos aprobados |  |
| Semestre que desea realizar el intercambio |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Facultad de destino UNIFÉ |  |
| Escuela Profesional UNIFÉ |  |
| Código | Asignatura UNIFÉ  | Ciclo  | Código  | Asignatura Universidad extranjera |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

La Autoridad Responsable …………………………………………………………………..de la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ciudad, país) aprueba el Plan Académico de Movilidad.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha | Firma Autoridad Responsable Universidad Extranjera |

La/El estudiante está de acuerdo con el Plan Académico de Movilidad.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha | Firma Estudiante  |

La Universidad Femenina del Sagrado Corazón acepta la candidatura

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha | Firma Autoridad Responsable UNIFÉ  |

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>