



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA PRIVADA DE SANTA CRUZ

COD: PO-INT-101-1

FORMULARIO DE POSTULACION INTERCAMBIO
INTERNACIONAL

VER.: 1

VIGENTE: 05-07-2018

Fecha de Solicitud: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

I. CARRERA: _____

REGISTRO: _____

II. DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

Apellido/s: _____ Nombres: _____
Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro Pasaporte: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Dirección (Calle y Nro.): _____ Ciudad: _____
Provincia/Estado: _____ Cod. Postal: _____ País: _____
Teléfono (c/código internacional): _____ País: _____
Universidad de Origen: _____
Correo Electrónico: _____

NOTA: EN EL CASO DE CAMBIO DE DOMICILIO Y/O DE EMERGENCIA (DURANTE LA GESTION DE LA SOLICITUD), POR FAVOR NOTIFICAR A MOVILIDAD ESTUDIANTIL DE SU SEDE UNIVERSITARIA (UNIVERSIDAD RECEPTORA)

III. DOMICILIO EMERGENCIA, notificar a:

Apellido/s y Nombres: _____
Dirección calle y número: _____ Ciudad: _____
Provincia/Estado: _____ Cod. Postal: _____ País: _____
Teléfono(casa, c/clave): _____ Teléfono (cel. c/código): _____
Correo electrónico: _____

IV. DATOS DE LA INSTITUCIÓN/UNIVERSIDAD DE DESTINO:

Nombre Oficial (sin abreviaturas): _____
Escuela/Facultad/Campus/Instituto/Otro: _____
Dirección (calle y nro.): _____ Ciudad: _____
Provincia/estado: _____ Cod. Postal: _____ País: _____

V. DATOS ACADÉMICOS:

Nombre de la Carrera: _____
Nivel de estudios que cursa actualmente: Marque lo que corresponda:
Licenciatura: Profesorado: Especialización: Maestría: Doctorado:
Periodo académico actual: Promedio general: Cantidad asignaturas aprobadas:

VI. CONTACTO EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO:

Responsable del intercambio en la Universidad de destino: _____
Cargo: _____ Teléfono (c/código) _____
Correo electrónico: _____

VII. DATOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE: EL LLENADO DE LOS ESPACIOS A CONTINUACION ES OBLIGATORIO

Nombre del Seguro Médico con Repatriación (Válido por 180 días): _____

Alergias: _____ Tipo de Sangre: _____

Padecimientos (Especificar): _____

Capacidades Diferentes: Ninguna Visual Auditiva Motriz Otro

Especificar: _____

VIII. DATOS DE CONOCIMIENTO DE IDIOMAS (ALTO/INTERMEDIO/BÁSICO):

Inglés: _____ Alemán: _____

Portugués: _____ Mandarín: _____

Francés: _____ Otros: _____

IX. PRE INSCRIPCIÓN (PREVIA A LA POSTULACIÓN)

TIPO DE BECA: (Cobertura) _____

UNIVERSIDAD DE ORIGEN				UNIVERSIDAD RECEPTORA: UTEPSA			
Código	Sigla	Nombre de la Asignatura	Créditos	Código	Sigla	Nombre de la Asignatura	Créditos

Nombre del Jefe de Carrera

Firma

Sello

X. PARA ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN SEÑALE:

Denominación del Proyecto: _____

Nombre del tutor/Director en institución de origen: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del tutor/Director (en UTEPSA): _____

Correo electrónico: _____

XI. PARA PASANTÍA SEÑALE:

Nombre de la Institución: _____

Nombre del tutor/Director en institución de origen: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del tutor/Director de UTEPSA (en caso de tenerlo): _____

Correo electrónico: _____

XII. DURACIÓN DE LA ESTANCIA: (Duración en meses)

Fecha probable de inicio: día: mes: año:

Fecha probable de finalización: día: mes: año:

UTEPSA ofrece residencia en habitaciones compartidas por lo que es fundamental tener conocimiento respecto a alguna necesidad especial para evaluar la disponibilidad de espacios en el lugar. Si tiene algún requerimiento especial favor indicar el motivo:

Salud Discapacidad Otros:

Especificar: _____

Nombre del Estudiante

Firma

XIII. DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD:

1. Carta de Nominación de la Universidad de origen
 2. Historial académico vigente, con promedio general y escala de calificaciones.
 3. Carta de solicitud del estudiante.
 4. Copia de póliza de seguro completo, con repatriación incluida, por una duración mínima de 180 días *
 5. Copia de pasaporte
 6. Visa de estudiante (El estudiante debe contar con su Certificado de Antecedentes Penales)
 7. Formulario de Postulación de Intercambio **PO-INT-101-1** (pre-inscripción de materias)
 8. Certificación de habilidad lingüística del español, nivel intermedio (si corresponde).
 9. En caso de estancia o práctica/**pasantía**, presentar su proyecto de trabajo y objetivo
 10. Dos fotos 3x4 fondo rojo
 11. Formulario de Postulación de la Red a la que solicita el intercambio (si corresponde)
 12. Reporte/Informe médico con análisis clínicos de respaldo
- (*) Cuando el estudiante ha sido aceptado para la beca

JEFE DE INTERNACIONALIZACIÓN O AUTORIDAD COMPETENTE	PADRE/MADRE O APODERADO (A)
_____ Firma y sello	_____ Firma
Nombre completo: _____	Nombre completo: _____
Lugar y fecha: _____	Lugar y fecha: _____

XIV. DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE:

- I. Declaro conocer y cumplir en todos los términos y condiciones el programa/convenio/otro, de la universidad de destino (receptora).
- II. Acepto someterme a las reglas, normativas y obligaciones que la universidad receptora exija.
- III. Me comprometo a cursar el programa de estudios acordado en el intercambio hasta un máximo de dos periodos.
- IV. Durante mi estancia en el extranjero, estaré amparado por un seguro de vida internacional de accidentes, enfermedad y repatriación.
- V. Me hago cargo de los pasajes de ida y regreso.
- VI. Al finalizar el o los periodos de intercambio, asumo el compromiso irrevocable de retornar a mi país, caso contrario asumo cuanta responsabilidad sea emergente del incumplimiento.
- VII. Declaro asumir por cuenta propia el cumplimiento de todas y cada una de las normas, leyes, reglamentos, etc. En el país extranjero, relacionados con: ingreso, estadía, autorizaciones, visas, prórrogas, y cualquier otra disposición legal o administrativa para mi regular permanencia. Deslindando tales responsabilidades a terceras personas, incluyendo la Universidad UTEPSA.
- VIII. En caso de incumplimiento a los puntos que anteceden se dará por anulado el beneficio de intercambio sin lugar a reclamos posteriores de ninguna índole.

Nombre completo y firma: _____
Lugar y fecha: _____

MODIFICACIONES AL PROGRAMA

MODIFICACIONES AL PROGRAMA	
Espacios Curriculares Anulados	

Espacios Curriculares Añadidos	

UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Nombre de la Institución de Origen: _____ País: _____

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al programa o contrato de estudios inicialmente acordado han sido **aceptadas**.

Sello Institución

Firma y aclaración Responsable Académico o Autoridad
Competente

Firma y aclaración Coordinador Institucional o
Autoridad Competente

Lugar y Fecha: _____

Lugar y Fecha _____

UNIVERSIDAD DE DESTINO O RECEPTORA -UTEPSA

Nombre de la Institución de Destino: _____ País: _____

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas del programa y/o contrato de estudios inicialmente acordado, han sido **aceptadas**.

Sello Institución

Firma y aclaración Responsable Académico o Autoridad
Competente
Lugar y Fecha:

Firma y aclaración Coordinador Institucional o
autoridad competente
Lugar y Fecha

Nombre y Firma Estudiante
Lugar y Fecha: