



FOTO
DIGITAL

**FORMULARIO DE ADMISIÓN E INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES
ENTRANTES NACIONALES E INTERNACIONALES EN UNSJ**

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

<i>APELLIDO PATERNO</i>	<i>APELLIDO MATERNO</i>	<i>NOMBRES</i>	<i>N° PASAPORTE</i>
<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Lugar de Nacimiento</i>	<i>Nacionalidad</i>	<i>Estado Civil</i>
<i>DIRECCIÓN PERMANENTE EN EL EXTERIOR</i>		<i>TELÉFONO</i>	<i>E-mail</i>
<i>EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A</i>		<i>PARENTESCO</i>	<i>TELÉFONO</i>
1.			
2.			

2. DATOS DE LA PASANTÍA

<i>NOMBRE DEL PROGRAMA</i>			
<i>UNIVERSIDAD DE ORIGEN</i>	<i>CIUDAD</i>	<i>PAÍS</i>	<i>NOMBRE DE LA CARRERA</i>
<i>SEMESTRE</i>	<i>PROMEDIO</i>		
<i>UNIVERSIDAD DE DESTINO</i>	<i>CIUDAD</i>	<i>PAÍS</i>	<i>NOMBRE DE LA CARRERA A CURSAR</i>
<i>DURACIÓN</i>	<i>INICIO</i>	<i>TÉRMINO</i>	<i>TIPO DE PROGRAMA</i>
			<input type="checkbox"/> <i>ESTUDIOS REGULARES</i>
			<input type="checkbox"/> <i>PRÁCTICAS PROFESIONALES</i>
			<input type="checkbox"/> <i>INVESTIGACIÓN</i>

A. ESTUDIOS REGULARES

<i>MATERIAS DE LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN</i>	<i>MATERIAS A CURSAR EN LA UNSJ</i>



B. PRÁCTICAS PROFESIONALES

TIPO DE PRÁCTICA	ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN	TOTAL DE HORAS
<input type="checkbox"/> PRÁCTICA PROFESIONAL		
<input type="checkbox"/> ESTANCIA ACADÉMICA		
<input type="checkbox"/> VOLUNTARIADO		

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS

C. INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ACADÉMICO QUE SUPERVISARÁ EN UNIV. ORIGEN		NOMBRE DEL ACADÉMICO QUE SUPERVISARÁ EN UNSJ	
TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS		
<input type="checkbox"/> DOCTORADO			
<input type="checkbox"/> MAGISTER			
<input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN			
<input type="checkbox"/> GRADO			
<input type="checkbox"/> PREGRADO			
<input type="checkbox"/> OTRA			

3. IDIOMAS

INGLÉS	ESPAÑOL	OTRO :	OTRO :
<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> BÁSICO
<input type="checkbox"/> INTERMEDIO	<input type="checkbox"/> INTERMEDIO	<input type="checkbox"/> INTERMEDIO	<input type="checkbox"/> INTERMEDIO
<input type="checkbox"/> AVANZADO	<input type="checkbox"/> AVANZADO	<input type="checkbox"/> AVANZADO	<input type="checkbox"/> AVANZADO

EXAMEN INTERNACIONAL

NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
NIVEL:	NIVEL:	NIVEL:	NIVEL:

4. FINANCIAMIENTO

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	GASTOS	CUENTA CON	REQUIERE
PERSONAL O FAMILIAR	<input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO/ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRÉSTAMO O CRÉDITO	<input type="checkbox"/> PASAJES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BECA	<input type="checkbox"/> SEGURO MÉDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/> PASAPORTE/VISA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5. CONDICIONES

ESTOY DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE INTERCAMBIO Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE SU CUMPLIMIENTO

- Si por algún motivo dejo el programa, lo notificaré a la brevedad posible mediante una carta de renuncia a la SEPRI.
- Cuidaré las instalaciones de la Universidad, así como también del lugar de hospedaje comprometiéndome a cumplir las reglas de las mismas.
- Comprobaré mediante copia de original la adquisición de un seguro médico internacional con amplia cobertura por la duración de la pasantía.
- Asumiré los costos de gastos personales.
- Cursaré las asignaturas determinadas por el programa. En caso de no estar disponibles, informaré sobre un nuevo plan.
- Asumiré las consecuencias de reprobar asignaturas durante el intercambio, en cuyo caso no recibiré certificación por ellas.
- Participaré de las sesiones de orientación y cumpliré con los trámites de finalización de la pasantía.

6. COMPROMISOS

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
POSTULANTE			
PADRE O TUTOR			
RESPONSABLE DE CARRERA O PROGRAMA			
DIRECTOR DEPTO. O CENTRO INVESTIGACIÓN			

USO INTERNO DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

DOCUMENTOS ADJUNTOS	V.B.	DOCUMENTOS ADJUNTOS	V.B.
CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR	<input type="checkbox"/>	COPIA DEL SEGURO MÉDICO	<input type="checkbox"/>
CONCENTRACIÓN DE NOTAS	<input type="checkbox"/>	COPIA CARTA DE MOTIVOS DE LA PASANTÍA	<input type="checkbox"/>
COPIA PLAN DE ESTUDIOS, PRÁCTICA O INVESTIGACIÓN	<input type="checkbox"/>	COPIA AUTORIZACIÓN PADRES O TUTORES	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD COMPATIBLE	<input type="checkbox"/>	COPIA CARTA APOYO FORMAL UNIV. ORIGEN	<input type="checkbox"/>
APROBACIÓN <input type="checkbox"/>	RECHAZO <input type="checkbox"/>	MOTIVO	FECHA

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO/A

GRUPO SANGUÍNEO FACTOR

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? SI NO

¿A QUÉ MEDICAMENTO ES ALÉRGICO ?.....

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD COMPATIBLE SI NO

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO CRÓNICO? SI NO

¿ESTÁ MEDICADO? SI ES ASÍ, INDICAR EL TRATAMIENTO EN OBSERVACIONES.

OBSERVACIONES

.....

¿REQUIERE DE UNA ALIMENTACIÓN ESPECIAL?

.....