Lea detenidamente y llene los datos que se solicitan, por favor no dejar ningún campo en blanco.

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | Foto |
| **Nombres y Apellidos:** |  |  |  |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombre(s)** |
| **Fecha de Nacimiento****(dd/mm/aa):** |  | **Lugar de Nacimiento:** |  |
| **N° Cédula de Ciudadanía** |  | **Sexo** | Femenino |  | Masculino |  | **N° de Hijos** |  |
| **Estado Civil:** | Soltero(a)  |  | Casado(a)  |  | Divorciado(a)  |  | Unión libre |  |
| **Correo Electrónico** |  |
| **Nacionalidad** |  | **Lugar de Procedencia** |  |
|  |  |
| **ESTUDIOS** |
| **Facultad:** |  |
| **Programa Académico** |  | **Área Académica** |  |
| **Nivel de Programa** | Profesional |  | Maestría |  | Doctorado |  | **Semestre** |  |
| **Promedio General Ponderado** |  | **Porcentaje de Créditos cursados** |  |
|  |
| **RESIDENCIA ACTUAL** |
| **Dirección postal** |  | **Código postal** |  |
| **Ciudad** |  | **Departamento** |  |
| **Teléfono(s)** |  | **N° de Celular** |  |
|  |
| **INFORMACIÓN MÉDICA** |
| **¿Cuál es su tipo de sangre? (Grupo RH)** |  |
| **¿Tiene alergias?** | Si |  | No |  | **¿Cuáles?** |  |
| **¿Padeces alguna enfermedad crónica: epilepsia, diabetes, etc.** | Si |  | No |  | **¿Cuáles?** |  |
| **¿Tomas algún medicamento regularmente?** | Si |  | No |  | **¿Cuáles?** |  |
|  |
| **EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:** |
| **Nombre y Apellidos** |  |
| **Parentesco** | Madre |  | Padre |  | Tutor |  | Otro |  | **Teléfono** |  | **Celular** |  |
| **Dirección** |  | **Correo Electrónico** |  |
|  |
| **ANEXOS** |
| **¿Alguna situación que esta oficina deba saber?** | Si |  | No |  | **¿Cuáles? (Médica, Legal, Fiscal, Académica, Personal, etc.)** |  |
|  |
| **MOVILIDAD** |
| **Marque con una X la clase de movilidad a realizar:** |
| Semestre Profesional |  | Proyecto de Grado |  | Curso Maestría |  | Curso Doctorado |  | Pasantía de Investigación Maestría |  | Pasantía de Investigación Doctorado |  |
|  |
| **Marque con una X el tipo de movilidad que desee ya sea Nacional ó Internacional y llene los datos que se solicitan, tome en cuenta que sólo podrá elegir una. Los datos de los demás tipos de movilidad quedarán en blanco.** |
| **I. NACIONAL** |  |  | **Duración:** |  |
| **Periodo solicitante** | Enero a Julio |  | Agosto a Diciembre |  | Verano |  | **N° de movilidades anteriores** |  |
| **A) Primera preferencia de la Universidad destino:** |
| **Universidad destino:** |  |
| **Carrera** |  |
| **Departamento** |  | **Ciudad** |  |
| **B) Segunda preferencia de la Universidad destino**  |
| **Universidad destino:** |  |
| **Carrera** |  |
| **Departamento** |  | **Ciudad** |  |
|  |
| **II. INTERNACIONAL** |  |  | **Periodo Solicitante:** | Enero a Julio |  | Agosto a Diciembre |  | Verano |  |
| **A) Primera preferencia de la Universidad destino:** |
| **Universidad destino:** |  |
| **Carrera** |  | **País:** |  |
| **B) Segunda preferencia de la Universidad destino** |
| **Universidad destino:** |  |
| **Carrera** |  | **País:** |  |
| **C) Conocimiento de lenguas extranjeras** |
| **Tipo y resultado de lengua:** |  |
| **Otros idiomas:** |
| **Idioma:** |  | **Nivel:** | **Básico** |  | **Intermedio** |  | **Avanzado** |  | **Tipo de Certificación:** |  |

**Nota:** En caso de haber algún cambio en la información anterior y para un mejor seguimiento a su solicitud, le agradecemos notificarlo a la Oficina de Posgrado, Educación Continuada y Relaciones Interinstitucionales de la Universidad de Sucre.

Declaro que estoy de acuerdo con las condiciones generales para el trámite de mi movilidad que a continuación se presentan:

1. Tengo un promedio mínimo de (\_\_\_\_) y he cubierto los créditos mínimos que indica la convocatoria, así como el 100% de Área de Formación básica general.
2. Los trámites con las Instituciones de Educación Superior – IES receptoras se harán única y exclusivamente a través de la Oficina de Posgrados, Educación Continuada y Relaciones Interinstitucionales para la movilidad nacional o internacional.
3. Me sujetaré, durante el periodo de intercambio académico, a las Instituciones de Educación Superior – IES destino (nacional e internacional).
4. Me comprometo a elaborar, cursar y aprobar un programa académico conformado por experiencias educativas de la Universidad destino.
5. Tengo conocimiento que la movilidad tendrá una duración de un semestre, con opción de prórroga a un semestre más, (máximo dos semestres), siempre y cuando obtenga calificaciones aprobatorias en la Universidad destino. En programas de movilidad internacional de un año no habrá extensión.
6. Quedo exento de pagar inscripción y matricula en la Institución destino.
7. Planearé para mi periodo de intercambio los gastos relacionados con el transporte, alimentación y hospedaje.
8. Me inscribiré como alumno regular en la Universidad de Sucre para el semestre de intercambio.
9. Con relación a la movilidad internacional, me comprometo a realizar personalmente los trámites relativos a la adquisición de pasaporte, visa, boletos de avión, seguro médico y cambios de divisas a la moneda extranjera.
10. Debo contratar un seguro médico para el periodo de intercambio académico nacional e internacional.
11. En caso de darme de baja de algún programa de movilidad nacional e internacional, debo notificarlo a la Oficina de Posgrado, Educación Continuada y Relaciones Interinstitucionales de la Universidad de Sucre a la brevedad posible mediante una carta de renuncia.
12. Hago constar que la información proporcionada a la oficina de Posgrado, Educación Continuada y Relaciones Interinstitucionales de la Universidad de Sucre para la movilidad nacional e internacional es verídica y que esta Oficina tiene el derecho de comprobar la autenticidad de la misma.
13. Todo aquello que no haya sido especificado en esta solicitud, será exclusivamente mi responsabilidad.
14. Como retribución a la Oficina de de posgrado, Educación Continuada y Relaciones Interinstitucionales para la movilidad nacional e internacional, posterior a mi reingreso, se me podrá convocar para participar en charlas y conferencias relacionadas con mi experiencia de intercambio o en trabajos para innovar y/o mejorar el programa de movilidad nacional e internacional.
15. Toda situación no prevista en las condiciones antes mencionadas será resuelta por la Oficina de Posgrado, Educación Continuada y Relaciones Interinstitucionales de la Universidad de Sucre, siendo la decisión tomada, definitiva e inapelable.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha de la Inscripción Firma del Estudiante