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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DATOS PERSONALES**
 | Foto |
| Nombres y Apellidos |  |  |  |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre(s) |
| Fecha de Nacimiento | dd / mm / aaaa | 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 |  |
| 1. **ESTUDIOS**
 |
| Facultad |  |
| Programa académico |  | Área Académica |  |
| Nivel del programa | Profesional |  | Maestría |  | Doctorado |  | Semestre |  |
| Promedio General Ponderado |  | Porcentaje de Créditos cursados |  |
| 1. **RESIDENCIA ACTUAL**
 |
| Dirección postal |  | Código postal |  |
| Ciudad |  | Departamento |  |
| Teléfono fijo |  | N° de Celular |  |
| 1. **INFORMACIÓN MÉDICA**
 |
| ¿Cuál es su tipo de sangre? (Grupo RH) |  |
| ¿Tiene alergias? | Si |  | No |  | ¿Cuáles? |  |
| ¿Padece alguna enfermedad crónica: epilepsia, diabetes, etc. | Si |  | No |  | ¿Cuáles? |  |
| ¿Toma algún medicamento regularmente? | Si |  | No |  | ¿Cuáles? |  |
| 1. **EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:**
 |
| Nombres y Apellidos |  |
| Parentesco | Madre |  | Padre |  | Tutor |  | Otro |  | Teléfono |  | Celular |  |
| Dirección |  | Correo Electrónico |  |
| 1. **ANEXOS**
 |
| ¿Alguna situación que esta oficina deba saber? | Si |  | No |  | ¿Cuáles? (Médica, Legal, Fiscal, Académica, Personal, etc.) |  |
|  |
| 1. **MOVILIDAD**
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Marque con una X la modalidad de movilidad a realizar: | Virtual |  | Presencial |  |

|  |
| --- |
| **7.1 Estudiante:** |
| a) Semestre Profesional |  | b) Pasantía de Investigación Pregrado |  | c) Curso Maestría |  |
| d) Curso Doctorado |  | e) Pasantía de Investigación Maestría |  | f) Pasantía de Investigación Doctorado |  |
| **7.2 Docente y/o Investigador:** |
| Seminario y otros |  |  |
| Ofrecimiento de cursos |  |  |
| Misión académica |  |  |
| Marque con una X el tipo de movilidad que desee, ya sea Nacional o Internacional y llene los datos que se solicitan, tome en cuenta que sólo podrá elegir una: |
| 1. **NACIONAL:**
 |  | Periodo solicitado: | Enero a Julio |  | Agosto a Diciembre |  | Duración  |  |
| Universidad destino: |  |
| Departamento |  | Ciudad |  |
| Programa académico |  |
| 1. **INTERNACIONAL:**
 |  | Periodo solicitado: | Enero a Julio |  | Agosto a Diciembre |  | Duración  |  |
| Universidad destino: |   |
| País |  | Ciudad |  |
| Programa académico |  |
| Diligencie los siguientes datos según la clase de movilidad elegida en el punto **7.** |
| 1. **Semestre Profesional**
 |
| **Asignatura** | **Código** | **Créditos** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **b) Pasantía de Investigación Pregrado** |
| Área de Investigación: |  |
| Grupo de Investigación: |  |
| **c) Curso de Maestría** |
| Nombre de la Maestría: |  |
| Nombre del Módulo/Curso: |   |
| **d) Curso de Doctorado** |
| Nombre del Doctorado: |  |
| Nombre del Módulo/Curso: |  |
| **e) Pasantía de Investigación Maestría** |
| Nombre del Maestría: |  |
| Nombre del Módulo/Curso: |  |
| **f) Pasantía de Investigación Doctorado** |
| Nombre del Doctorado: |  |
| Nombre del Módulo/Curso: |  |

**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 Posgrados, Educación Continuada y Relaciones Internacionales.

|  |
| --- |
| **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 Internacionales.
3. Me sujetaré, durante el periodo de intercambio académico, a las normas de las Instituciones de Educación Superior – IES destino (nacional e internacional).
4. 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.
5. Planearé para mi periodo de intercambio los gastos relacionados con el transporte, alimentación y hospedaje.
6. Me matricularé como estudiante de movilidad en la Universidad de Sucre para el semestre de intercambio.
7. Con relación a la movilidad internacional, me comprometo a realizar personalmente los trámites relativos a la adquisición de pasaporte, visa, seguro médico y cambios de divisas a la moneda extranjera.
8. En caso de darme de baja de algún programa de movilidad nacional e internacional, debo notificarlo a la Oficina de Posgrados, Educación Continuada y Relaciones Internacionales de la Universidad de Sucre a la brevedad posible mediante una carta de renuncia.
9. Hago constar que la información proporcionada a la Oficina de Posgrados, Educación Continuada y Relaciones Internacionales 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.
10. Todo aquello que no haya sido especificado en esta solicitud, será exclusivamente mi responsabilidad.
11. Como retribución a la Oficina de Posgrados, Educación Continuada y Relaciones Internacionales 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.
12. Toda situación no prevista en las condiciones antes mencionadas será resuelta por la Oficina de Posgrados, Educación Continuada y Relaciones Internacionales de la Universidad de Sucre, siendo la decisión tomada, definitiva e inapelable.
 |
| Firma del Estudiante | Fecha de la solicitud: dd / mm / aaaa  |