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° Identificación |  | 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 de Programa | Profesional |  | Maestría |  | Doctorado |  | Semestre |  |
| Nombre Universidad de Origen: |  |
| Ciudad : |  | País: |  |
| 1. **RESIDENCIA ACTUAL**
 |
| Dirección postal |  | Código postal |  |
| Ciudad |  | Departamento |  |
| Teléfono(s) |  | N° de Celular |  |
| 1. **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? |  |
| 1. **EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:**
 |
| Nombre y Apellidos |  |
| Parentesco | Madre |  | Padre |  | Tutor |  | Otro |  | Teléfono |  | Celular |  |
| Dirección |  | Correo electrónico |  |
| 1. **ANEXOS**
 |
| ¿Alguna situación que esta oficina deba saber? | Sí |  | 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 |  |  |
| **Diligenciar los siguientes datos; según la opción elegida en el cuadro anterior**.  |
| 1. **Duración:**
 |
| Periodo solicitante | Enero a Julio |  | Agosto a Diciembre |  |
| 1. **Semestre profesional:**
 |
| Facultad Académica: |  |
| Programa: |  |
| Escoja las asignaturas a cursar, visite nuestra página web:<http://www.unisucre.edu.co/index.php/sdsds/2011-12-05-04-39-05/pregrado> |
| **Asignatura** | **Código** | **Créditos** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **c) Pasantía de Investigación:** |
| Marque con una X una de las siguientes opciones: | Pregrado |  | Maestría |  | Doctorado |  |
| Área de Investigación: |  |
| Grupo de investigación: |  |
| **d) Curso de Maestría** |
| Nombre de la Maestría: |  |
| Nombre del Módulo/Curso: |  |
| **e) Curso de Doctorado** |
| Nombre del doctorado: |  |
| Nombre del Módulo/Curso: |  |
| **f) Conocimiento de lengua oficial (Español):** |
| Nivel: | Básico |  | Intermedio |  | Avanzado |  | Tipo de Certificación: |  |
| e) Conocimiento de lengua oficial – Español: |
| Nivel: | Básico |  | Intermedio |  | Avanzado |  | Tipo de Certificación: |  |
|  |
| 1. **DOCUMENTOS QUE DEBEN SER ANEXADOS A ESTE FORMULARIO**
 |
| * Certificado de notas (si aplica)
* Certificado de matrícula de la universidad de origen (si aplica)
* Carta de presentación de la oficina de relaciones internacionales de la universidad de origen
* Fotocopia de pasaporte en donde esté la información pertinente o Cédula de Ciudadanía para los nacionales
* Una (1) foto 3 x 4
* Seguro médico internacional al momento de entrar a Colombia

Los anteriores documentos junto con el formulario deben ser enviados escaneados al correo: internacionalizacion@unisucre.edu.co  |
| Firma del Estudiante o Docente | Fecha de la solicitud: dd / mm / aaaa  |

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

**Nota 1:** A los estudiantes en modalidad virtual no se les exigirá seguro médico