



FORMULARIO DE POSTULACIÓN: ESTUDIANTES INTERNACIONALES EN UNSJ

Application Form : International Students at UNSJ

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE / STUDENT ID

APELLIDO PATERNO /Surname	APELLIDO MATERNO / <i>Mother's surname</i>	NOMBRES/First & middle <i>name</i>	Nº PASAPORTE / <i>Passport #</i>
DIRECCIÓN PERMANENTE EN EL EXT. / <i>Permanent home</i>		TELÉFONO / <i>Phone #</i>	e-mail
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A / <i>Emergency</i>		PARENTESCO / <i>Relationship</i>	TELÉFONO / <i>Phone #</i>
1.			
2.			

2. DATOS DE LA PASANTÍA / INSTITUTIONAL INFORMATION

NOMBRE DEL PROGRAMA / <i>Name of the program</i>			
UNIVERSIDAD DE ORIGEN/ <i>Home University</i>	CIUDAD / <i>City</i>	PAÍS/ <i>Country</i>	NOMBRE DE LA CARRERA / <i>Name of the degree</i>
SEMESTRE/ <i>Term</i>	PROMEDIO/ <i>GPA</i>		
UNIVERSIDAD DE DESTINO/ <i>University of Destination</i>	CIUDAD / <i>City</i>	PAÍS/ <i>Country</i>	NOMBRE DE LA CARRERA A CURSAR / <i>Name of the chosen degree</i>
DURACIÓN / <i>Duration</i>	INICIO / <i>Start date</i>	TÉRMINO/ <i>End date</i>	TIPO DE PROGRAMA ESTUDIOS REGULARES (responder A) PRÁCTICAS PROFESIONALES (responder B) INVESTIGACIÓN (responder C)

A. ESTUDIOS REGULARES

MATERIAS DE LA U. DE ORIGEN. / <i>Subjects to be accredited at the u. of o.</i>	MATERIAS A CURSAR EN LA UNSJ / <i>subjects to be taken at UNSJ</i>

B. PRÁCTICAS PROFESIONALES / Internships

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

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS

--



C. INVESTIGACIÓN / Research

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"/> PREGRADO O <input type="checkbox"/> TRA			

3. IDIOMAS / Languages

INGLES / English	ESPAÑOL / Spanish	OTRO / Other: _____	OTRO / Other: _____
BASICO / Beginner <input type="checkbox"/>	BASICO / Beginner <input type="checkbox"/>	BASICO / Beginner <input type="checkbox"/>	BASICO / Beginner <input type="checkbox"/>
INTERMEDIO / Inter. <input type="checkbox"/>	INTERMEDIO / Inter. <input type="checkbox"/>	INTERMEDIO / Inter. <input type="checkbox"/>	INTERMEDIO / Inter. <input type="checkbox"/>
AVANZADO / Advanced <input type="checkbox"/>	AVANZADO / Advanced <input type="checkbox"/>	AVANZADO / Advanced <input type="checkbox"/>	AVANZADO / Advanced <input type="checkbox"/>
EXÁMEN INTERNACIONAL / International Exam <input type="checkbox"/>	IDIOMA / Language	NOMBRE / Name	NIVEL / Level
	1	1	1
	2	2	2

4. FINANCIAMIENTO / Financial Support

FUENTES DE FINANCIAMIENTO / Financial sources	GASTOS/ Expenses	CUENTA CON / Counts with	REQUIERE / Requires
PERSONAL O FAMILIAR / Personal of family savings <input type="checkbox"/>	ALOJAMIENTO/ALIMENTACIÓN / Accommodation/Feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRÉSTAMO O CRÉDITO / Loans or credits: <input type="checkbox"/>	PASAJES /Tickets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BECA /Scholarship <input type="checkbox"/>	SEGURO MEDICO / Health insurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO /Other: _____ <input type="checkbox"/>	PASAPORTE/VISA / Passport/Visa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. CONDICIONES / Conditions

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

1. Si por algún motivo dejo el programa, lo notificaré a la brevedad posible mediante una carta de renuncia a SEPRI. / If I decide to quit the program, I will notify my decision to the SPYRRII office.	<input type="checkbox"/>
2. Cuidaré las instalaciones de la Universidad así como también del lugar de hospedaje comprometiéndome a cumplir las reglas de las mismas. / I will take care of the University and the accommodation facilities, committing to follow the stipulated rules.	<input type="checkbox"/>
3. Comprobaré mediante copia de original la adquisición de un seguro médico internacional con amplia cobertura por la duración de la pasantía. / I will demonstrate, through a copy of the original, the purchase of an international health insurance.	<input type="checkbox"/>
4. Asumiré los costos de gastos personales. / I will assume the costs of my personal expenses.	<input type="checkbox"/>
5. Cursaré las asignaturas determinadas por el programa. En caso de no estar disponibles, informaré sobre un nuevo plan. / I will take the subjects determined by the program. If not available, I will inform about the new plan.	<input type="checkbox"/>
6. Asumiré las consecuencias de reprobar asignaturas durante el intercambio, en caso de lo cual no recibiré certificación por ellas. / I will assume the consequences of not passing the subjects during the exchange, and will receive no certification for them.	<input type="checkbox"/>
7. Participaré de las sesiones de orientación y cumpliré con los trámites de finalización de la pasantía. / I will participate in the counseling sessions and will fulfill the internship completion paperwork.	<input type="checkbox"/>

6. COMPROMISOS / Commitment

	NOMBRE / Name	FIRMA / Signature	FECHA / Date
POSTULANTE / Applicant			
PADRE O TUTOR / Parent or tutor			
RESPONSABLE DE CARRERA O PROGRAMA / Responsible of degree or program			
DIRECTOR DEPTO. O CENTRO INV. / Department or Research center director			



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

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO CRÓNICO? SI NO

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

OBSERVACIONES

.....

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA IMPORTANTE CON LA COMIDA?

.....