**PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL ZICOSUR**

**Form PME ZICOSUR**

**Año 2023 Semestre 1**

**ANEXO I. FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**UNIVERSIDAD DE ORIGEN:**

Coordinador Institucional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléf. / Cel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asistente del Coordinador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléf. / Cel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordinador Académico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléf. / Cel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD DE DESTINO:**

Coordinador Institucional: Eliane Segati Rios

e-mail: cr.internacionais@uenp.edu.br Teléf. / Cel.: +55 43 35113200.

Asistente del Coordinador: Carolina Silva Martoni

e-mail: assessoria.cri@uenp.edu.br Teléf. / Cel.: +55 43 35113200.

**CARRERA / CURSO**

Fechas de inicio y finalización de las actividades en la universidad de destino:
Desde: 03/04/2023 Hasta: 01/08/2023

|  |
| --- |
| 1. **DATOS ACADÉMICOS DEL ESTUDIANTE**
 |
| Estudios que realiza:Unidad Académica:Tiempo de Estudios cursado: Meses Años |

1. **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE**

APELLIDOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pasaporte/DNI/C.I.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país, teléfono, e-mail): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vínculo familiar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Considera oportuno mencionar alguna enfermedad o condición de salud\* que resulte relevante a los fines de poder tomar los recaudos correspondientes durante la permanencia en la Universidad de destino?

**Form PME ZICOSUR**

**Año 2\_\_\_\_\_\_\_ Semestre\_\_\_\_**

\*Alergias, padecimientos, intervenciones quirúrgicas, medicaciones, etc.

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

En caso de tomar medicación habitualmente, sírvase indicar cual:

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

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

1. **CONFORME DEL ESTUDIANTE**

Como estudiante de la Universidad …………………………………………….., me comprometo a cursar las asignaturas acordadas en el “COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO” durante el período de la movilidad, y rendir los exámenes o pruebas que la Universidad de destino establezca.

También, me comprometo a comunicar de inmediato a las Áreas de Relaciones Internacionales de mi Universidad de Origen y Destino todo cambio en el programa de estudios propuesto originalmente, a través del **Formulario de Modificación al Acuerdo académico (Anexo III).**

Dejo explícito el compromiso de que estaré amparado/a durante mi estancia en la Universidad de destino, por una Póliza de Seguro Internacional que cubra accidentes, enfermedad y repatriación de restos durante el período completo de mi intercambio. Las copias del mismo serán enviadas, previamente a la efectivización de la Movilidad Estudiantil, a las Áreas de Relaciones Internacionales de la Universidad de Destino.

Me comprometo a realizar todo trámite relacionado a mi estatuto migratorio estipulado en la normativa vigente de los países de origen y destino. Queda bajo mi absoluta responsabilidad lo que pueda ocurrirme en caso de visitar otros países diferentes al de destino durante el periodo de intercambio. Asimismo, me comprometo a regresar a mi Universidad de Origen una vez finalizado el período de movilidad.

Declaro conocer y aceptar que los compromisos contraídos en el presente formulario, tienen plena vigencia a los efectos de la instancia.

Firma del estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Lugar y fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_