|  |
| --- |
|  |



Fotografía Estudiante

**Formulario de Postulación** **Estudiantes Nacionales**

**Dirección General de Relaciones Internacionales**

**1. Antecedentes personales del postulante**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  |
| Teléfono |  |
| Correo Electrónico |  |
| Sexo |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Lugar de Nacimiento |  |
| N° Carne Identidad |  |

**2. Antecedentes académicos del postulante**

|  |  |
| --- | --- |
| Universidad de Origen |  |
| Carrera de Origen |  |
| Año y Nivel Académico |  |
| Información Responsable Académico  Nombre:  Cargo:  Teléfono:  Correo Electrónico:  Firma y timbre: | |

**3. Información Académica – Universidad Arturo Prat – Chile**

Marque el periodo académico en el que desea comenzar su intercambio

□ Primer semestre (marzo-julio) □ Segundo semestre (agosto-diciembre)

**4. Acuerdo de Reconocimiento Mutuo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de movilidad a la que postula | |  | Semestral |  | Prácticas profesionales | | |
|  | Pasantías para la elaboración de memorias /tesis | | | | |  | Otra |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Universidad de destino | |  | | |
| Carrera de destino | |  | | |
| Actividades académicas a cursar en la Carrera de destino | SCT | | Actividades académicas a reconocer en la Carrera de origen | SCT |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

|  |
| --- |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **Director/a de la carrera** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como académico responsable de la gestión del currículum al que está adscrito el postulante individualizado en el presente formulario, declaro mi conformidad con la participación de éste en el Programa de Movilidad Estudiantil Nacional, además de conocer y aceptar las asignaturas a cursar por el postulante en la universidad de destino y mi compromiso de convalidación de estas al término de la pasantía |
| Timbre y firma |

|  |
| --- |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **Coordinador Institucional** de la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, confirmo la aprobación de esta postulación y el reconocimiento del plan de estudios propuesto en nuestra institución. |
| Timbre y firma |

**5. Presentación & Motivación:**

|  |
| --- |
|  |

**6. Perfil Personal**

|  |
| --- |
| Experiencia nacional previa/nombre institución: |
| ¿Sufre de algún tipo de alergia?/ Tipo de sangre: |
| ¿Sufre de alguna enfermedad de la cual deberíamos estar informados?: |

**7. Información Adicional:**

|  |
| --- |
| ¿Cuál es su plan en términos de alojamiento? |
| ¿Cuándo planea llegar a Iquique? |
| ¿Cuándo planea irse de Iquique? |
| En caso de emergencia contactar a:  Nombre:  Teléfono:  Relación: |

**8. Declaración**

Declaro que toda la información entregada en este formulario es verídica y correcta.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Firma de Postulante** |  |

|  |
| --- |
| **Por favor adjuntar los documentos indicados a continuación. En una primera instancia envíelos de manera electrónica a movilidad.estudiantil@unap.cl y luego por correo a la siguiente dirección:**  **Dirección General de Relaciones Internacionales**  **Universidad Arturo Prat**  **Avenida Arturo Prat N° 2120**  **Iquique- Chile**  **Documentos a adjuntar:**   1. Carta de apoyo de su Universidad de Origen 2. Acta Autorización de Padre o Tutor 3. Certificado de Notas 4. Certificado de Salud   *Si usted necesita más información o ayuda, por favor llame al 56-57-2526713 o envié un correo electrónico a movilidad.estudiantil@unap.cl* |