

SEMESTRE DE INTERCAMBIO:

- Marzo / Julio - 1er semestre de 20...
- Agosto/ Diciembre - 2do semestre de 20...

1- CATEGORÍA

- CONVENIO BILATERAL:

- PROGRAMA DE INTERCAMBIO. ¿CUÁL?

- OTROS

FECHA DE LLEGADA A ARGENTINA: _____

FECHA DE PARTIDA DESDE ARGENTINA: _____

2- INFORMACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

GÉNERO: MASCULINO FEMENINO OTRO

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD: _____

NÚMERO DE PASAPORTE: _____ VENCIMIENTO DEL PASAPORTE: _____

RESIDENCIA PERMANENTE: _____

TELÉFONO: _____

(CÓDIGO DE PAÍS Y DE ÁREA + TELÉFONO)

EMAIL: _____



Antecedentes académicos

UNIVERSIDAD DE ORIGEN: _____

TÍTULO PARA EL QUE ESTUDIA ACTUALMENTE: _____

AÑO DE CURSADA: _____

FECHA ESTIMADA DE GRADUACIÓN: _____

3- IDIOMAS

LENGUA MATERNA: _____

OTROS IDIOMAS QUE DOMINA: _____

CERTIFICADOS DE IDIOMA ESPAÑOL OBTENIDOS:

4- ACTIVIDAD ACADÉMICA A REALIZAR DURANTE EL INTERCAMBIO

PASANTÍA

EMPRESA: _____ ÁREA: _____

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

¿CUÁL? _____

CURSADO DE ASIGNATURAS (LAS ASIGNATURAS PUEDEN SER DEFINIDAS EN FORMA PRESENCIAL A SU LLEGADA).

NOMBRE DE LA ASIGNATURA:

5- DATOS DEL TUTOR

NOMBRE Y APELLIDO: _____

MAIL: _____

TELÉFONO: _____

(CÓDIGO DE PAÍS Y DE ÁREA + TELÉFONO)

6- DATOS DEL RESPONSABLE DE RELACIONES INTERNACIONALES

NOMBRE Y APELLIDO: _____

MAIL: _____

TELÉFONO: _____

(CÓDIGO DE PAÍS Y DE ÁREA + TELÉFONO)

7- ANTECEDENTES MÉDICOS

NOMBRE DEL PADRE: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ TELÉFONO: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____

MARCAR EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES:

ALERGIA

ASMA

EPILEPSIA

ENFERMEDAD CARDÍACA

ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

DIABETES

HIPERTENSIÓN

OTRA

(ESPECIFICAR) _____

¿TOMA MEDICAMENTOS? SI (ESPECIFICAR EL MEDICAMENTO Y LAS RAZONES) NO

OPERACIONES (ESPECIFICAR TIPO Y AÑO)

HOSPITALIZACIÓN (ESPECIFICAR ENFERMEDAD Y AÑO)

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

NOMBRE Y APELLIDO: _____

PARENTESCO: _____

TELÉFONO 1: _____ TELÉFONO 2: _____

EMAIL: _____

ASUMO EL COMPROMISO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE LA UTN FRLP Y/O SUS PRESTADORES DE SERVICIOS ME ADMINISTREN TRATAMIENTOS MÉDICOS DE EMERGENCIA. ENTIENDO QUE ES REQUISITO PARA LOS ALUMNOS DE INTERCAMBIO CONTAR CON UNA COBERTURA DE SALUD INTERNACIONAL DURANTE EL PERÍODO DEL INTERCAMBIO Y ASUMO EL COMPROMISO ECONÓMICO DE CUALQUIER COSTO ASOCIADO CON LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE ME FUESEN NECESARIOS, YA QUE LA UNIVERSIDAD NO SE HARÁ CARGO DE NINGUNO DE DICHS COSTOS.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ESTUDIANTE:

IMPORTANTE

LOS GASTOS DE ALOJAMIENTO, VISA, ALIMENTACIÓN, Y SEGURO ANTES MENCIONADO, SERÁN RESPONSABILIDAD DEL ALUMNO.

UNA VEZ EN LA ARGENTINA, EL ESTUDIANTE TIENE UN PLAZO DE 30 (TREINTA) DÍAS HÁBILES PARA TRAMITAR LA CORRESPONDIENTE VISA DE RESIDENCIA TEMPORARIA ANTE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE MIGRACIONES.

LA REMISIÓN DE ESTE FORMULARIO DEBERÁ IR ACOMPAÑADA DE:

- a- FOTOCOPIA DE LA PRIMERA PÁGINA DEL PASAPORTE
- b- CURRICULUM VITAE
- c- CERTIFICADO DE NOTAS ORIGINAL FIRMADO Y SELLADO POR LAS AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN (*)
- d- CARTA DE MOTIVACIÓN REDACTADA POR EL CANDIDATO, EXPLICANDO LAS RAZONES PARA ESCOGER LA UTN FRLP.
- e- CARTA DE RECOMENDACIÓN, REDACTADA POR LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN.
- f- FORMULARIO MÉDICO

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ Y ME COMPROMETO A CUMPLIR LO REGLAMENTACIÓN VIGENTE EN LA UTN FRLP.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN

RESPONSABLE DE RELACIONES INTERNACIONALES UNIVERSIDAD DE **ORIGEN**

FECHA: _____