|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de aplicación** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | PHOTO |
| **Universidad de origen** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Ciudad** |  | | | | | | | **País** | |  | | | | | | | |
| **Sede de la UDES** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Programa académico al que está**  **aplicando** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Semestre en el que desea realizar la movilidad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de inicio** | | | | | |  | | | | | | | **Fecha de finalización** | | | | |  |
| **Duración** | |  | | | | | **Tipo de**  **movilidad** | | | |  | | | | | | | |
| **Está aplicando a alguna beca** | | | | | | | | | | |
| **2. INFORMACIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombres** | | | | |  | | | | | | | **Apellidos** | | | | |  | |
| **Fecha de nacimiento** | | | | |  | | | | | | | **Nacionalidad** | | | | |  | |
| **Género** | | | | |  | | | | | | | **No. Pasaporte o ID** | | | | |  | |
| **Ciudad/Municipio** | | | | |  | | | | | | | **País** | | | | |  | |
| **Teléfono móvil** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Dirección** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Correo electrónico** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Grupo Sanguíneo** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Se encuentra en algún tratamiento médico permanente especial o de alguna enfermedad**  **preexistente?** | | | | | | | | |  | | | | | | **¿Cuál?** | |  | |
| **Contacto de emergencia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre** | | |  | | | | | | | | | | | **Parentesco** | |  | | |
| **Teléfono móvil** | | | |  | | | | | | **Correo electrónico** | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. LENGUAS EXTRANJERAS (señale el idioma y el nivel de dominio)** | | | | |
| **Idioma** | **Avanzado** | **Intermedio** | **Elemental** | **Nativo** |
| Seleccione |  |  |  |  |
| Seleccione | |  |  |  |
| Seleccione |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. INFORMACIÓN DE LA MOVILIDAD** | | | | |
| **Programa académico que se encuentra cursando** |  | | **Semestre en curso** |  |
| **Facultad** |  | | **Promedio**  **acumulado** |  |
| **Responsable Oficina de Relaciones Internacionales en universidad de origen**  **(Nombre, email, teléfono)** | |  | | |
|  | | | | |
| **Información específica para práctica o estancia de investigación** | | | | |
| **Tema/Línea de investigación** |  | | | |
| **Tutor/Profesor Investigador** |  | | | |
| **Correo electrónico** |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANEXOS** | | |
| **Debe enviar un archivo PDF con los siguientes documentos al correo electrónico**  [**profesional.drni@udes.edu.co**](mailto:profesional.drni@udes.edu.co%20) | | **Lista de**  **Chequeo** |
| **1.** | **Certificado de notas** |  |
| **2.** | **Contrato de Homologación de Asignaturas** |  |
| **3.** | **Copia del pasaporte** |  |
| **4** | **Carta de presentación de la universidad de origen** |  |
| **5.** | **Carta de motivación, incluye logros personales o profesionales, expectativas,**  **justificación de la práctica o estancia de investigación, en caso de que aplique** |  |

|  |
| --- |
| **Declaración del aspirante** |
| Como participante del Programa de Movilidad de la Universidad de Santander -UDES, declaro que la información escrita previamente es veraz, que conozco y he leído el reglamento de movilidad estudiantil que se encuentra en la página web internacional.udes.edu.co y todos los procesos, requisitos y condiciones para hacer posible mi movilidad, al igual que todas mis obligaciones las cuales estoy dispuesto(a) a cumplir**.** Asimismo, consiento y autorizo de manera expresa e inequívoca a la Universidad de Santander- UDES a que use y maneje mis datos personales para el desarrollo de las funciones y programas propios de la Universidad en su condición de institución de educación superior, de forma directa o a través de terceros. |

|  |
| --- |
| Firma  Nombre:  **Director del programa académico UdeS** |

|  |
| --- |
| Firma  Nombre:  **Responsable de movilidad en la Universidad de Origen** |