



1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres:.....

Apellidos:.....

Fecha de Nacimiento (día/mes/año):..... Género: M F

Nacionalidad:.....

Dirección:.....

.....

Ciudad:..... Estado/Provincia:..... País:.....

Teléfonos:..... E-mail:.....

2. UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Universidad:.....

Dirección:.....

.....

Ciudad:..... Estado/Provincia:..... País:.....

3. INFORMACIÓN ACADÉMICA – UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Adjunte la concentración de notas.

Carrera:.....

Semestre al comenzar el intercambio: I II III IV V VI VII VIII IX X

4. NIVEL DE ESPAÑOL

Lengua Materna Avanzado Intermedio Básico

Otro idioma (especificar):

5. INFORMACIÓN ACADÉMICA – UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS - CHILE

Marque el período académico en el que usted desea comenzar su intercambio.

- Segundo Semestre 200... (agosto – diciembre) Primer Semestre 200... (marzo – julio)

Marque la sede en la que quiere realizar su intercambio.

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arica | <input type="checkbox"/> Viña del Mar | <input type="checkbox"/> Los Ángeles |
| <input type="checkbox"/> Iquique | <input type="checkbox"/> Santiago | <input type="checkbox"/> Temuco |
| <input type="checkbox"/> Antofagasta | <input type="checkbox"/> Talca | <input type="checkbox"/> Osorno |
| <input type="checkbox"/> La Serena | <input type="checkbox"/> Concepción | <input type="checkbox"/> Puerto Montt |

Indique las asignaturas de la UST, Chile que le interesa estudiar durante el período de intercambio.

Código	Carrera	Asignatura

6. DECLARACIÓN

La decisión de postular ha sido tomada libre y voluntariamente respecto de la cual la Universidad Santo Tomás - Chile no tiene responsabilidad alguna, como tampoco de los actos que yo realice durante la estadía en dicho país. Además contrataré a mi cargo un seguro médico y de accidentes personales por el período que dure el intercambio.

Firma de Postulante

Firma y Timbre de Relaciones Internacionales