



SOLICITUD DE INTERCAMBIO DE ESTUDIANTES

Información:

Apellido:	_____
Nombre:	_____
Universidad de Origen:	_____
Carrera:	_____
Duración del intercambio:	_____
Primer semestre en la UC:	_____

Datos Adicionales:

Pasaporte N°:	_____	
Dirección:	_____	N°: _____
C.P. _____		Ciudad: _____
Telefono: _____		Fax: _____
e-mail: _____		
Fecha de nacimiento: _____		Lugar: _____
Nacionalidad: _____		
Sexo: _____		

En caso de emergencia contactar a:

Nombre:	_____	
Dirección:	_____	
Teléfono:	_____	Parentesco: _____

1.1. Autorizo a la Oficina de Relaciones Institucionales de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”, a enviar el original de mi certificado de estudios a mi Universidad de origen.

1.2. Estoy de acuerdo con toas las condiciones generales siguientes para la tramitación de mi intercambio:

- Las materias a cursar están sujetas a su dictado durante el periodo de estancia en Paraguay.
- Me obligo a contratar un seguro médico de cobertura total durante el periodo de mi estancia en Paraguay.

- c) Los gastos adicionales del intercambio, incluyendo gastos personales, de viaje, hospedaje y alimentación serán de mi responsabilidad.
- d) La duración de mi estadía está limitada a un periodo determinado. La solicitud de extensión del mismo está sujeta a autorización de la Dirección de la Unidad Académica en la que realizaré mis estudios, basada en el desempeño que haya demostrado.
- e) Mi estadía puede ser cancelada por la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción” o por la Universidad de origen, en caso de que mi desempeño académico sea inadecuado y/o por incurrir en cualquier infracción a los reglamentos, normas y procedimientos establecidos por la Universidad Católica, por lo cual me obligo a observar las leyes del país anfitrión.
- f) Obtendré por mi cuenta la documentación migratoria requerida para el intercambio,

Dejo constancia de la veracidad de los datos por mí declarados e incorporados a la presente solicitud y declaro haber sido debidamente instruido acerca de las condiciones del Intercambio Estudiantil. En señal de total conformidad con los extremos contenidos en la presente solicitud, suscribo al pie en la Ciudad de Asunción, a los días del mes de de

Firma del solicitante

Nota: A esta solicitud deben adjuntarse los siguientes documentos:

- 2 fotos carné
- Carta de presentación de la Oficina de Relaciones Internacionales de la Universidad de origen del estudiante, donde conste que ha sido seleccionado para participar del Programa.
- Certificado de Estudios oficial de la Universidad de origen.
- Currículum vitae del estudiante.
- Fotocopia del documento de identidad o pasaporte.
- Memoria explicativa del estudiante referente a sus objetivos y expectativas ante la experiencia de intercambio cultural y académico, máximo 500 palabras.

Fechas límite:



FORMULARIO MÉDICO

Para ser llenado por el solicitante

Nombre completo:.....

Universidad de origen:.....

	SI	NO
¿Estás bajo tratamiento médico actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido alguna enfermedad seria o grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te han practicado alguna cirugía mayor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes alguna limitación física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has recibido algún tratamiento por adicción a drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has sido tratado por algún padecimiento emocional o nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguna de tus respuestas ha sido afirmativa, por favor explica con detalle

Es indispensable que cuentes con un seguro médico contra enfermedades y accidentes durante tu estancia en Paraguay. Si ya cuentas con un seguro de cobertura internacional, favor de anotar los datos:

Compañía de seguros:

Póliza Número:

Vencimiento:

(dd/mm/aa)

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera.
Si eres menor de edad, debe firmar tu padre o tutor

Nombre:

Firma:

Lugar y fecha



COMPROMISO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO

Datos del estudiante

Apellido

Nombre

Documento de identidad/Pasaporte

Universidad de origen

A CURSAR EN LA UC
Facultad:
Carrera:
Curso:
Período:
Materias:
-
-
-
-

Institución de Origen

Firma del Coordinador de Movilidad:.....

Fecha:

Sello:

Institución de Acogida

Firma del Director de Carrera o responsable:

Fecha:

Sello: