|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES /*PERSONAL INFORMATION*** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres / *Name:* |  | | | | | | | | | Photo  3X4 | | | |
| Apellidos / *Last Name:* |  | | | | | | | | |
| Número de Pasaporte / *Passport Number:* | |  | | | | | | | |
| Dirección de Residencia / *Present Address:* | |  | | | | | | | |
| Ciudad y País de residencia / *City and Country of Residence:* | |  | | | | | | | |
| Teléfono: (prefijo del país y ciudad)  *Phone number including area codes:* | |  | | | | | | | |
| Ciudadanía / *Nation of Citizenship:* | | |  | | | | | | |
| Sexo / *Gender :* | | | | Femenino / *Female*: | | |  | Masculino / *Male*: | | | | |  |
| Correo electrónico /*email* | | | |  | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento / *Date of Birth (dd/mm/yyyy)* | | | |  | | | | | | | | | |
| En caso de emergencia avisar a / Contact in case of emergency | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres / *Name*: | | | |  | | | | | | | | | |
| Dirección / *Address:* | | | |  | | | | | | | | | |
| Relación / Parentesco / *Relation:* | | | |  | | | | | | | | | |
| Teléfono: (prefijo del país y ciudad) / *Phone number including area codes:* | |  | | | | | | | | | | | |
| *Have you any medical or health requirements? If yes, please indicate these requirements in a separate sheet.* | | | | | | | | | *Yes:* | |  | *No:* |  |
| N° de Seguro Médico / *Number of Insurance Policy:* | | | | |  | | | | | | | | |
| Aseguradora / *Insurance Company:* | | | |  | | | | | | | | | |
| Fecha de vencimiento / *Expiration date (dd/mm/yyyy):* | | | | | |  | | | | | | | |
| N° Teléfono Aseguradora / *Phone number of Insurance Company:* | | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS ACADÉMICOS */ ACADEMIC INFORMATION* | | | | | | |
| Nombre Universidad de Origen / *Name Home Institution:* | | | | |  | |
| Programa académico en curso / *Academic Program:* | | | | |  | |
| Último semestre cursado / *Last semester studied:* | | |  | | | |
| Promedio acumulado / *Grade Point Average:* | | | |  | | |
| Periodo de Intercambio /Exchange Period | | | | | | |
|  | Primer Semestre (enero - Mayo) / *First Semester (January - May)* | | | | | |
|  | Segundo Semestre (Julio - noviembre) / *Second Semester (July - November)* | | | | | |
| Tipo de Intercambio / *Exchange Type* | | | | | | |
|  | Intercambio Académico / *Academic Exchange* | | | | | |
|  | Práctica Profesional / *Internship* | | | | | |
|  | Internado médico / *Medical Internship* | | | | | |
| Indique el programa académico de interés en la Universidad de Sinú –Elías Bechara Zainúm- durante el periodo de intercambio / *Academic program of interest during exchange period at Universidad del Sinú – Elías Bechara Zainúm-:* | | | | | | |
|  | Pregrado / *Undergraduate*: | | | | | |
|  | Postgrado / *Graduate:* | | | | | |
| Liste las materias en orden de prioridad que usted desearía estudiar durante su intercambio en UniSinú /*List below by priority the codes and titles of courses you wish to take at Unisinu* | | | | | | |
| N° | Código / Code | Nombre de asignatura / Name of course | | | | N° of credits |
| 1 |  |  | | | |  |
| 2 |  |  | | | |  |
| 3 |  |  | | | |  |
| 4 |  |  | | | |  |
| 5 |  |  | | | |  |
| 6 |  |  | | | |  |
|  |  | Total amount of credits per semester: | | | | Cred. |

De ser aceptado en el programa de intercambio internacional, estoy dispuesto a acogerme a todas las políticas descritas en el convenio entre la Universidad del Sinú –Elías Bechara Zainúm- y la universidad de origen y al Reglamento Estudiantil de la Universidad del Sinú –Elías Bechara Zainúm- / *If accepted for the international exchange program, I am willing to accept all of the internal agreements between my home institution and Universidad del Sinú –Elías Bechara Zainúm- and to the Student Manual of Universidad del Sinú –Elías Bechara Zainúm-.*

Firma del Estudiante / Student's Signature Fecha / Date (dd/mm/yyyy)

***Aprobación Universidad de Origen /Home Institution´s Authorization:***

Nombre Coordinador Institucional (Universidad de Origen) Fecha / Date (dd/mm/yyyy)

Name of Academic Coordinator (Home Institution)

Firma / Signature Sello / Stamp

***Aprobación UNISINU / Authorization UNISINU:***

Nombre Coordinador Institucional Fecha / Date (dd/mm/yyyy)

Name of Academic Coordinator

**COMPROMISO DEL ESTUDIANTE EN MOVILIDAD INTERNACIONAL**

Yo, ……………………………………………………………………………………………. como estudiante de la Universidad …………………………………………….., me comprometo a cursar las asignaturas acordadas durante el período de la movilidad, y rendir los exámenes o pruebas que la Universidad del Sinú – Elías Bechara Zainúm establezca en su semestre académico.

También, me comprometo a comunicar de inmediato a la Oficina de Relaciones Internacionales de mi Universidad de Origen y Destino **todo cambio en el programa de estudios propuesto originalmente**.

Dejo explícito el compromiso de que estaré amparado/a durante mi estancia en la Universidad Del Sinú – Elías Bechara Zainúm por una Póliza de Seguro Internacional que cubra accidentes, enfermedad, urgencias, medicamentos y Repatriación de restos durante el período completo de mi intercambio. Las copias del mismo serán enviadas, previamente a la Oficina de Relaciones Internacionales de la Universidad del Sinú – Elías Bechara Zainúm al correo ori@unisinu.edu.co

Me comprometo a realizar todo trámite relacionado al **estatuto migratorio** estipulado en la normativa vigente de los países de origen y destino. Queda bajo mi absoluta responsabilidad lo que pueda ocurrirme en caso de visitar otras ciudades y países diferentes al de destino durante el periodo de

intercambio. Asimismo, me comprometo a regresar a mi Universidad de Origen una vez finalizado el período de movilidad.

Declaro conocer y aceptar que los compromisos contraídos en el presente formulario, tienen plena vigencia a los efectos de la instancia.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del estudiante**

**Fecha (dd/mm/aaaa):**

**CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA APLICACIÓN/ *APLICATION DOCUMENTS***

Todos los documentos listados abajo deben ser adjuntados a este formulario de aplicación OBLIGATORIAMENTE / *All documents listed below must be attached to this application form and is OBLIGATORY*

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1 carta de Recomendación Académica */ A letter of academic recommendation* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Foto tamaño 3X4 fondo blanco / *White background picture 3x4* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Certificado de Notas / *Transcript of records* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Certificado de grupo sanguíneo / *Blood type certificate* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fotocopia del Pasaporte / *Passport photocopy* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Carta de postulación de la universidad de origen, firmada por la persona responsable del intercambio académico / *Postulation letter signed by the responsible of the Exchange at the Home University* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Carta de motivación del estudiante para participar en el programa de intercambio / *Motivation letter that includes the student´s motives for participating in the exhange program* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hoja de vida / *CV* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Certificado de salud física y mental expedido por una entidad autorizada / *Certificate of physical and mental health issued by an entity authorized* |
|  |