**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL UNSA-USTAMED, 2020-1**

**Instrucciones y nota:**

Este formulario deberá completarse y presentarse en la OUCCRIBP, adjuntando todos los documentos requeridos para la inscripción (ítem 8), hasta el 22 de noviembre de 2019.

La información de este documento tiene valor de Declaración Jurada. La solicitud deberá ser llenada con letra legible y sin tachaduras.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. INFORMACIÓN PERSONAL** | Pegar foto aquí |
| Apellidos: |
| Nombres: |
| Nacionalidad: | DNI/Pasaporte: |
| Fecha de Nacimiento: | Ciudad: |
| Sexo: |
| Dirección:  |
| Tf. fijo: | Tf. móvil: |
| E - mail: |
| Nombre de contacto, en caso de emergencia (Tf., mail): |
| Dirección permanente: |
| **2.INFORMACIÓN ACADÉMICA** |
| Universidad de Origen: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa |
| Página Web: www.unsa.edu.pe |
| Facultad: |
| Programa Profesional: |
| Último Ciclo cursado: | Año Académico: |
| Promedio de notas: |  |
| Coordinador de Movilidad: Dr. José Luis Vargas Gutiérrez |
| Cargo: Jefe de la Oficina Universitaria de Cooperación, Convenios, Relaciones Internacionales, Becas y Pasantías |
| e-mail: convenios@unsa.edu.pe |
| Firma del estudiante |

|  |
| --- |
| **3. AVAL INSTITUCIONAL[[1]](#footnote-1)** |
| La autoridad abajo firmante[[2]](#footnote-2), avala la postulación del estudiante agustino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que efectúe un semestre académico, a través del PME UNSA-USTAMED 2020-1, tras considerar que la movilidad a efectuar será de gran utilidad para su desarrollo profesional, y un significativo aporte para su perfil de egresado.Rúbrica y Sello: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_Nombre completo y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cargo de la Autoridad firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **4. REGISTRO DE CURSOS PARA RECONOCIMIENTO ACADÉMICO[[3]](#footnote-3)** |
| **Nº** | **Créditos****curso UNSA** | **Código curso UNSA** | **Asignaturas a Reconocer y/o Convalidar en la UNSA** | **Asignaturas a cursar en la USTAMED** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| Como responsable académico de la Facultad/Programa de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la UNSA, doy mi conformidad de los cursos a llevarse a cabo, para efectos de reconocimiento o capacitación, siempre y cuando el estudiante los apruebe en la universidad de destino, donde efectuará la movilidad académica, mediante el PME UNSA-USTAMED, 2020-1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Firma del EstudianteFecha:  |  | Nombre, firma y sello del Responsable Académico/Director de Escuela |

 |

|  |
| --- |
| **5. FORMULARIO DE MODIFICACIONES DE ASIGNATURAS[[4]](#footnote-4)**  |
| **5.1 MODIFICACIONES AL PROGRAMA DE ESTUDIOS PROPUESTO ORIGINALMENTE** |
|  | **Código Materia** | **Nombre del Curso** | **Número de Créditos** |
| **Materia Anulada** |  |  |  |
|  |  |  |
| **Materia Añadida** |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN DE ORIGEN:** UNSA, PERÚNombre y firma del Responsable Académico -------------------------------------------------- Nombre y firma del Coordinador Institucional----------------------------------------------------Fecha:………………………………………. |
| **UNIVERSIDAD DE DESTINO:** ……………………………………………………………………………………………… *Confirmamos que los cambios anteriormente detallados al programa / contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptados.*Nombre y firma del Responsable Académico--------------------------------------------------Nombre y firma del Coordinador Institucional--------------------------------------------------Fecha:……………………………………..……………………………………………………Nombre y firma del EstudianteFecha: |

|  |
| --- |
| **6. DECLARACIÓN JURADA** |
| DECLARO BAJO JURAMENTO tener conocimiento pleno de las condiciones del PME UNSA-USTAMED, no haber sido sancionado de acuerdo al artículo 311 del Estatuto de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, y no haber obtenido subvención estudiantil, por parte de la UNSA, para participar de alguna movilidad internacional por semestre.Que tengo conocimiento que la subvención es un apoyo para los gastos de la movilidad por semestre a efectuar, y que los costos adicionales derivados del PME UNSA-USTAMED, serán de mi responsabilidad, con el sostén que mis padres me otorgarán, de resultar ganador.Otorgo el presente para los trámites administrativos de participación en el PME UNSA-USTAMED 2020-1, sometiéndome a las disposiciones contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.Lugar y fecha:…………………………………….. Nombre y firma del estudiante. |

|  |
| --- |
| **7. DECLARACIÓN DE COMPROMISO**  |
| Acepto las condiciones del PME UNSA-USTAMED, y me comprometo a cumplir las siguientes cláusulas, en caso de ser seleccionado:**Cláusula 1.** Comunicar en forma expresa (email), la aceptación de la beca a la USTAMED, dentro del plazo que se indique en cada convocatoria.**Cláusula 2.** Realizar las actividades académicas que, en el marco del plan de estudios, recomiende el Coordinador de la carrera correspondiente, y aceptar todas las actuaciones de seguimiento, control, y evaluación establecidas por la USTAMED.**Cláusula 3.** Al llegar a la ciudad de Destino, presentarme en la oficina del Coordinador del Programa de Movilidad de la USTAMED.**Cláusula 4.** Al llegar a la USTAMED, presentar toda la documentación requerida para mi inscripción como alumno de la misma.**Cláusula 5.** No viajar al interior o fuera de la región/provincia/país, sin la debida comunicación formal y autorización del Coordinador Responsable de la USTAMED.**Cláusula 6.** Llegar a la USTAMED con un seguro médico internacional, para cubrir los costos de cualquier inconveniente que pudiera surgir.**Cláusula 7.** Asumir la responsabilidad de los daños que pudieran sufrir y de los perjuicios que pudiera causar durante el periodo de movilidad, que no estuvieren cubiertos por el seguro contratado.**Cláusula 8.** Asumir todos los gastos que comporte mi participación en el PME, no cubiertos por las Universidades participantes.**Cláusula 9.** En caso de un cambio en el contrato académico original, enviar por correo electrónico al coordinador de la Universidad de Origen, los programas de las nuevas materias a cursar en dicha Universidad, para que los directores de Carrera consideren su convalidación. Se establece para este trámite un plazo no mayor a 20 días corridos.**Cláusula 10**. Respetar las reglas de convivencia y buenas costumbres que rijan en los lugares asignados como vivienda, no pudiendo utilizarla más que para alojamiento y estudio personal.**Cláusula 11.** Adecuar y respetar las normas establecidas en la USTAMED.**Clausula 12. C**ompletado el compromiso señalado en el contrato académico, presentar un informe escrito y regresar al Perú, en los plazos legales establecidos.**Firma del postulante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |
| **8- DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA** |
| * Copia del Pasaporte
* Historial Académico (ranking con promedio igual o superior a 14)
* Currículum Vitae
* Certificado médico y psicológico
* Carta de Motivación
* Copia del Seguro Integral de Salud, con fecha vigente durante el intercambio (presentarlo de ser seleccionado)
 |

1. Decano, Secretario Académico, o Coordinador Académico de Facultad o Escuela. [↑](#footnote-ref-1)
2. Decano o Director de Escuela con datos completos. [↑](#footnote-ref-2)
3. Responsable de la carrera que avala los cursos a efectuar en Universidad de Destino, para proceso de convalidación o reconocimiento de capacitación. [↑](#footnote-ref-3)
4. En caso de descubrir el retiro de cursos, en la universidad de destino. [↑](#footnote-ref-4)