



**PROGRAMA DE MOVILIDAD ACADÉMICA ESTUDIANTIL
FORMULARIO DE POSTULACIÓN UNSA 2023-2**

Instrucciones y nota: Este formulario deberá completarse y presentarse a través de una solicitud al correo electrónico de mesa de partes de la UNSA mesadepartes@unsa.edu.pe hasta el 12 de julio del 2023 a las 15:45 Hrs. (los expedientes ingresados después de esa hora y fecha serán devueltos), adjuntando todos los documentos solicitados¹ en un solo formato digital de PDF. La información de este documento tiene valor de Declaración Jurada. La solicitud deberá ser llenada con letra legible y sin tachaduras.

1. INFORMACIÓN PERSONAL		Colocar foto aquí
Apellidos:		
Nombres:		
Fecha de Nacimiento:	DNI:	
Ciudad/Región:	CUI:	
Dirección Actual:		
Tf. /Cel.	Correo Institucional:	
Nombre de contacto en caso de emergencia (Tf., mail):		
2. INFORMACIÓN ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN		
Universidad de Origen:		
Página Web:	Ciudad/Región:	
Facultad:		
Programa Profesional:		
Ciclo actual:	Año Académico:	
Promedio de notas (ranking):	Total de Créditos acumulados:	
Coordinador Institucional del Programa:		
Cargo: Jefa de la Oficina de Cooperación, Convenios, Relaciones Internacionales, Becas y Pasantías.		
Correo: convenios@unsa.edu.pe		
Universidad a la que postula:		
Fecha de presentación de formulario:		

¹ REQUISITOS:

- Estar matriculado en el semestre académico 2023-A (**constancia de matrícula**).
- A partir del 5° ciclo de su Programa Profesional (**Libreta de notas sellado y firmado**).
- Constancia de ranking (5to. /3cio. Superior).
- Carta de intención y motivación explicando su interés dirigido a la u. que postula (**máx. 1 hoja**).
- Formulario USAT.

3. AVAL INSTITUCIONAL²

La autoridad abajo firmante avala la postulación del estudiante agustino: _____
 _____, al Programa de Intercambio Virtual Estudiantil, a desarrollarse en la
 universidad _____ durante el semestre académico
 2023-2, tras considerar que el Intercambio Académico 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 ACADÉMICO³

N ^o	Créditos curso UNSA	Código curso UNSA	Asignaturas a Reconocer y/o Convalidar en la UNSA (consigne año y semestre)		Asignaturas a cursar en la universidad de destino
0	3	132684	Fundamentos Filosóficos	3ro-(par)	Principios de la Filosofía
1					
2					
3					

Como responsable académico de la Facultad/Programa Profesional de _____ de la UNSA, doy mi conformidad de los cursos, para efectos de reconocimiento o capacitación, siempre y cuando el estudiante los apruebe en la universidad de destino.

Nombre y Firma del Estudiante
 Fecha:

Nombre, firma y sello del Responsable Académico/Director de Escuela
 Fecha:

² Decano o Director de Escuela con datos completos

³ Responsable de la carrera que avala los cursos a efectuar en Universidad de Destino, para proceso de convalidación o reconocimiento de capacitación.

5. DECLARACIÓN DE COMPROMISO

Acepto las condiciones del Programa de Intercambio Virtual Estudiantil, y me comprometo a cumplir las siguientes cláusulas, en caso de ser seleccionado:

Comunicar en forma expresa (email), la aceptación de la beca a la Universidad de destino dentro del plazo que se indique en cada convocatoria.

Realizar las actividades académicas virtuales 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 Universidad de destino y los cambios que ocurran en el marco de la pandemia por COVID 19.

Presentarse con el Coordinador del Programa de Intercambio Virtual de la Universidad de destino y presentar toda la documentación requerida para mi inscripción como alumno de la misma.

En caso de un cambio en el contrato académico original, enviar por correo electrónico al coordinador UNSA, los datos de las nuevas materias a cursar en la universidad de destino (actualizado y avalado), para que se considere su reconocimiento o convalidación. Se establece para este trámite un plazo no mayor de 30 días transcurridos después del inicio de clases en la universidad de destino. Luego de ello, cualquier trámite de retiro de curso, cambio de curso u otra modificación para la regularización académica, será considerado por la OCRI el trámite como extemporáneo, debiendo asumir el estudiante las consecuencias académicas del caso.

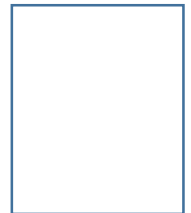
Completado el Intercambio Académico Virtual, el estudiante deberá presentar un informe escrito a la UNSA, dentro de los 30 días de culminado el programa, con copia al Programa Profesional.

Aceptar y respetar las normas establecidas en la Universidad de destino.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales con el objeto de alcanzar la finalidad, materia del concurso y que pueden ser transferidos a otras áreas de la UNSA e Instituciones Públicas (MINEDU, SUNEDU, etc.) de conformidad con las disposiciones contenidas en la Ley Nro. 29733, su Reglamento, Normas y Modificatorias⁴.

Firma del postulante: _____

Fecha: ____/____/____



NOTA IMPORTANTE:

- **Solo serán aceptados para revisión los formularios que cuenten con todos los requisitos solicitados en la presente convocatoria.**

⁴ En virtud de las disposiciones contenidas en la Ley Nro. 29733, su Reglamento y modificatorias, se informa que los datos obtenidos serán tratados con el objeto de alcanzar la finalidad materia del concurso y no será empleado para finalidades diferentes, y a no realizar transferencias a terceras personas, ya sean naturales o jurídicas, salvo instituciones públicas (MINEDU, SUNEDU, etc.) o que sean necesarias para el cumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente concurso, o cuando haya un requerimiento judicial o administrativo.

EXCHANGE STUDENT PROGRAMME

Application Form

Exchange Student

Year [Año]

[FOTO]

Nº de Solicitud

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Personal Information

Nombres First Name			
Apellidos Last name			
Nacionalidad Nationality		Sexo Gender	
Fecha de nacimiento Date of Birth		Nº Pasaporte/DNI	
Extendido el: Issue Date		Válido hasta: Expire Date	
Dirección permanente Permanent address		Ciudad City	
Código postal zip code		País Country	
Celular Cell phone		E-mail personal Personal email	

II. EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR CONTACTAR A

(In case of emergency, please contact)

NOMBRES First Name		APELLIDOS Last Name	
DIRECCIÓN Last Name		CIUDAD City	
PAÍS Country		TELÉFONO/ CELULAR Telephone-Include area codes	
E-MAIL E-mail			

III. INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE

(Student academic information)

UNIVERSIDAD DE ORIGEN Home university		CARRERA School	
AÑO QUE CURSA Year			

HISTORIAL ACADÉMICO

(Academic record)

CICLO ACADÉMICO (Graduate School)	CÓDIGO (Code)	ASIGNATURA (Course)	CRÉDITO (Credit)	NOTA (Note)

IV. INFORMACIÓN ASESOR ACADÉMICO

(Academic advisor information)

NOMBRES Names		APELLIDOS Last Name	
TELÉFONO/ CELULAR Telephone-Include area codes		E-MAIL E-mail	

V. PERSONA DE CONTACTO EN LA OFICINA DE RELACIONES INTERNACIONALES

(Contact person at the international relations office)

NOMBRES Names		APELLIDOS Last Name	
TELÉFONO/ CELULAR Telephone-Include area codes		E-MAIL E-mail	

VI. PROGRAMA DE ESTUDIOS

(Degree program)

CARRERA A LA QUE POSTULA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO School that you're applying to at USAT	
SEMESTRES A LOS QUE POSTULA Semester(s) at USAT	

VII. IDIOMAS EXTRANJEROS

(Foreign languages)

IDIOMA Language	CENTRO DE ESTUDIOS Study center	NIVEL Level	CERTIFICADO INTERNACIONAL International certificate
--------------------	------------------------------------	----------------	--

--	--	--	--

VIII. INFORMACIÓN MÉDICA

(Medical Information)

<p>Por favor, indicar si tiene alguna enfermedad que requiera de constante atención médica durante su estadía en el Perú.</p> <p>Please indicate if you suffer from any disease that requires constant medical attention during your stay in Peru</p>

IX. NOTA

(Note)

<p>Es obligatorio para todos los alumnos extranjeros contar con un Seguro de Salud con cobertura internacional durante su estadía en Perú.</p> <p>It is mandatory requirement for students to have a Medical Insurance with International coverage during their visiting term(s) in Peru.</p> <p>Aseguro que toda la información proporcionada en este formulario es verídica y que puede ser utilizada por la USAT en todo el proceso de postulación a los programas de intercambio.</p> <p>I confirm that all the information provided in this application form is accurate and can be used by Usat strictly for the exchange program procedures.</p>

X. CURSOS QUE DESEA TOMAR EN LA USAT

(Courses you wish to take at USAT during your Exchange semester)

NOMBRE DEL CURSO <small>Course name</small>	CÓDIGO <small>Code</small>	PRE-REQUISITOS <small>Pre requirements</small>	Carrera <small>School</small>

Tu lengua materna es: Your native language is:	
---	--

<p>Los alumnos extranjeros que postules a la USAT cuya lengua materna no sea el español, deben acreditar conocimientos de español que corresponda al menos a un nivel intermedio-alto. La universidad de origen puede extender un certificado que acredite que el alumno ha cursado al menos cuatro semestres de español o equivalente para realizar sus estudios universitarios en español.</p> <p>All exchange students who apply to USAT and whose native language is not Spanish, should demonstrate Spanish proficiency that corresponds at least to an upper – intermediate level.</p>
--

The home University can provide a language certificate to the student, which accredits that the student has done at least four-semester's of Spanish or equivalent.

XI. CARTA DE MOTIVACIÓN DEL ESTUDIANTE

(Letter of intention form the student in spanish (Min 30 lines))

Declaro que la información registrada, es verídica y responde a la necesidad de información para la postulación al programa de movilidad (

_____/_____/_____
/ /

Fecha
(Date)

Firma del estudiante
(Student's Signature)