

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
PROGRAMA DE MOVILIDAD INTERNACIONAL**

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

CÓDIGO: _____ TEL: _____ CEL: _____

NACIONALIDAD(ES): _____ No. DE CÉDULA: _____

E-MAIL: _____ No. DE PASAPORTE: _____

PROGRAMA 1: _____ SEMESTRE QUE CURSA: _____

PROGRAMA 2 (DOBLE PROGRAMA): _____ SEMESTRE QUE CURSA: _____

UNIVERSIDADES DE DESTINO:

OPCIÓN 1 – UNIVERSIDAD / PAÍS: _____

OPCIÓN 2 – UNIVERSIDAD / PAÍS: _____

OPCIÓN 3 – UNIVERSIDAD / PAÍS: _____

Nota: Se procurará ubicarlo en orden de preferencia, pero por candidaturas y cupos podría quedar en cualquiera de las tres opciones de universidad de destino.

DOBLE TITULACIÓN

SEMESTRE UNIVERSITARIO

EXPERIENCIA INTERNACIONAL EN MEDICINA. ¿Cuál? _____

FECHA DE INICIO DEL PROGRAMA: _____

FECHA DE TERMINACIÓN DEL PROGRAMA: _____

DATOS DE LOS ACUDIENTES QUE FINANCIAN LOS COSTOS DEL PROGRAMA:

ACUDIENTE 1

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

DIRECCIÓN: _____

EMAIL: _____

TELÉFONO: _____

ACUDIENTE 2

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

DIRECCIÓN: _____

EMAIL: _____

TELÉFONO: _____

Nota: Este formulario debe diligenciarse en el computador, imprimirse, firmarse a mano y escanearse para envío a la DRI.

Consulta acá el proceso y reglamento de movilidad académica internacional, el cual declaras conocer y aceptar con la firma y entrega de este formulario a la Dirección de Relaciones Internacionales

Certifico igualmente que he recibido oportunamente la siguiente información relativa al funcionamiento del programa de movilidad internacional, cuyas condiciones me comprometo a cumplir:

- Términos de la convocatoria
- Formulario de Inscripción
- Requisitos
- Lista de Universidades en Convenio, Cronogramas y Requisitos
- Información sobre el Proceso para participar en el Programa

NOMBRE DEL ACUDIENTE 1: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: _____

NOMBRE DEL ACUDIENTE 2: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: _____