

Foto

SOLICITUD de ADMISIÓN Estudiante Internacional

1.- Nombre _____
Apellido Nombre (s)

2.- Dirección _____
Calle N°

C.P. Ciudad País

Teléfono _____ fax _____ e-mail _____

3.- Sexo: M ___ F ___ 4.- Fecha de nacimiento _____
Día Mes Año

5.- Lugar de Nacimiento _____

6.- Nacionalidad _____ Pasaporte N° _____

7.- Universidad de origen _____

8.- Persona a quien avisar en caso de emergencia:

Nombre(s): _____

Dirección : _____

Teléfono : _____ e-mail _____

9.- Carrera _____

10.- Deseo realizar estudios en la Universidad Católica del Uruguay por
1 semestre 2 semestres a partir de _____ / _____
mes año

según el detalle indicado en el “Compromiso de Reconocimiento Académico” que adjunto.

11.- Autorizo a la Coordinación de Intercambio Estudiantil de la Universidad Católica del Uruguay a enviar el original de mi certificado de estudios a mi universidad de origen.

12.- Estoy de acuerdo con todas las condiciones generales siguientes para la tramitación de mi intercambio:

- a) Las materias a cursar están sujetas a su dictado durante el período de permanencia en la Universidad.
- b) Me obligo a contratar un seguro médico de cobertura total durante el período de mi estancia en el Uruguay.
- c) Los gastos de alojamiento y manutención serán de mi responsabilidad.
- d) La duración de mi estadía está limitada a un período determinado. La solicitud de extensión del mismo está sujeta a autorización de la Dirección de la Unidad Académica en la que realizaré estudios, basada en el desempeño que haya demostrado.
- e) Mi estadía puede ser cancelado por la Universidad Católica del Uruguay 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 del Uruguay, por lo cual me obligo a observar las leyes del país anfitrión.
- f) Autorizo a la Coordinación de Intercambio Estudiantil para que posteriormente a mi intercambio, proporcione mis datos a otros alumnos extranjeros interesados en conocer la Universidad Católica del Uruguay
- g) 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 Montevideo, 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.
- Referencias académicas –dos-. En el formulario correspondiente que se adjunta.
- Certificado de Estudios oficial de la universidad de origen
- Curriculum vitae del estudiante
- Fotocopia del pasaporte o documento nacional de identidad
- Memoria explicativa del estudiante referente a sus objetivos y expectativas ante la experiencia de intercambio cultural y académico –máximo 500 palabras-

FECHAS LÍMITE	semestre agosto/ diciembre 2006	15 de abril	2006
	semestre marzo / julio 2007	15 de noviembre	2006



Oficina de Intercambio Académico Recomendación Académica

Intercambio Académico – Licenciatura

- Postgrado

Para ser llenado por el estudiante:

Nombre: _____

Carrera: _____ Fecha: _____

Para ser llenado por el profesor:

El alumno arriba mencionado está solicitando un intercambio académico a través de esta Oficina. Dado que los participantes son representantes de nuestra Universidad, la Oficina de Intercambio Académico está interesada en conocerlos tanto en lo académico como también en otras áreas más personales. La aceptación de futuros candidatos en la universidad receptora depende en gran medida del desempeño de nuestros alumnos durante su estancia en esa institución. Favor de contestar.

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce el alumno? _____
2. En comparación con otros estudiantes que Usted conozca en circunstancias y niveles similares, por favor evalúe al solicitante en los siguientes aspectos: (señale el nivel adecuado)

	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Sin elementos para evaluar
Desempeño académico	4	3	2	1	X
Nivel de conocimientos en su disciplina	4	3	2	1	X
Madurez y responsabilidad	4	3	2	1	X
Capacidad de adaptación	4	3	2	1	X
Iniciativa y motivación	4	3	2	1	X

3. Basándose en su conocimiento del solicitante, sírvase comentar sobre su capacidad académica para estudiar en otra institución así como sus deficiencias y cualquier otro factor que considere comentar.

Nombre del Profesor

Materia que imparte

Firma del profesor

Facultad a la que pertenece



Oficina de Intercambio Académico Recomendación Académica

Intercambio Académico – Licenciatura

- Postgrado

Para ser llenado por el estudiante:

Nombre: _____

Carrera: _____ Fecha: _____

Para ser llenado por el profesor

El alumno arriba mencionado está solicitando un intercambio académico a través de esta Oficina. Dado que los participantes son representantes de nuestra Universidad, la Oficina de Intercambio Académico está interesada en conocerlos tanto en lo académico como también en otras áreas más personales. La aceptación de futuros candidatos en la universidad receptora depende en gran medida del desempeño de nuestros alumnos durante su estancia en esa institución. Favor de contestar.

1.- ¿Cuánto tiempo hace que conoce el alumno? _____

2.- En comparación con otros estudiantes que Usted conozca en circunstancias y niveles similares, por favor evalúe al solicitante en los siguientes aspectos: (señale el nivel adecuado)

	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Sin elementos para evaluar
Desempeño académico	4	3	2	1	X
Nivel de conocimientos en su disciplina	4	3	2	1	X
Madurez y responsabilidad	4	3	2	1	X
Capacidad de adaptación	4	3	2	1	X
Iniciativa y motivación	4	3	2	1	X

3.- Basándose en su conocimiento del solicitante, sírvase comentar sobre su capacidad académica para estudiar en otra institución así como sus deficiencias y cualquier otro factor que considere comentar.

Nombre del Profesor

Materia que imparte

Firma del profesor

Facultad a la que pertenece

Formulario Médico

Para ser llenado por el solicitante

Nombre completo

Universidad de origen

Firma del solicitante

Lugar y fecha

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

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 Uruguay. Si ya cuentas con un seguro de cobertura internacional, favor de anotar los datos:

Compañía de seguros:

Póliza Número: _____ **Vencimiento:** _____

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

Nombre: _____

Firma: _____