



FORMULARIO DE POSTULACIÓN AL PROGRAMA DE INTERCAMBIO DE ESTUDIANTES

DATOS PERSONALES

- **Nombre Completo:** null null null null

- **Género:**

- **Fecha de Nacimiento:**

- **Email:**

- **Nacionalidad:**

- **Cédula de Identidad:**

- **Tlf. Celular:**

- **Carné Estudiantil USB:**

- **Tlf. Habitación:**

- **Domicilio Actual**

* **Urb/Sector/Barrio:**

* **Nombre (Edificio/Casa):**

* **Calle:**

* **Apartamento/Nro.Casa:**

* **Ciudad:**

* **Estado:**

* **Código Postal:**

IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA Y LAPSO DE ESTUDIO EN INTERCAMBIO:

Primera Opción

- **País de Destino:**

- **Duración del Programa:**

- **Tipo de Programa:**

- **Nombre de la Universidad de Destino:**

- **Nombre del Programa:**

- **Fechas tentativas de Inicio y Fin(según calendario de la Universidad de Destino)**

* Inicio: null null * Fin: null null

Segunda Opción

En caso de no ser aceptado en la Universidad seleccionada favor indique una segunda opción

- **País de Destino:**

- **Duración del Programa:**

- **Tipo de Programa:**

- **Nombre Universidad de Destino:**

- **Nombre del Programa:**

- **Fechas tentativas de Inicio y Fin(según calendario de la Universidad de Destino):**

* Inicio: null null * Fin: null null

INFORMACIÓN ACADÉMICA:

- Nro de Créditos Aprobados a la Fecha de Postulación: 0 - Decanato:
- Carrera que estudia en la USB:
- Área de Estudio: - Índice Académico a la Fecha de Postulación:
- Asignaturas del Plan de Estudio USB que aspira sean convalidadas u otorgadas en equivalencia: - Asignaturas a cursar en la Universidad de Destino:

Código	Denominación	Créditos USB	Código	Denominación	Créditos Ext
ps1111	sistemas	4	PS1121	Sistemas	5

Aprobación Coordinación de la Carrera _____

FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIANTE:

- Principal Fuente de Ingresos: * Otro:
- ¿Recibe ayuda económica por parte de la universidad u otro organismo? * Especifique:

CONOCIMIENTO DE IDIOMAS

Idioma a emplear	Nivel de Suficiencia			
	Verbal	Oral	Auditivo	Escrito
Inglés	Avanzado	Avanzado	Avanzado	Avanzado

DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

- Nombre Contacto: null null
- Tlf. Habitación Contacto: - Tlf. Celular Contacto:
- Relación con el estudiante: - Email Contacto:
- Domicilio Contacto:

Firma del Solicitante: _____

Fecha de Solicitud: 01/18/2014

El estudiante firmante declara que los datos y documentos suministrados son verídicos y asume cumplir cabalmente con las normas del programa de intercambio estudiantil.

****Esta sección debe ser llenada exclusivamente por la Coordinación Docente****

Opinión de la Coordinación Docente sobre esta solicitud (explicación breve):

Muy favorable:

Favorable:

Con Reservas:

Índice Normalizado: