

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
PROGRAMA DE MOVILIDAD NACIONAL**

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

CÓDIGO: _____ TEL: _____ CEL: _____

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

E-MAIL: _____

CARRERA 1: _____ SEMESTRE QUE CURSA: _____

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

UNIVERSIDADES DE DESTINO:

OPCIÓN 1 – UNIVERSIDAD / CIUDAD: _____

OPCIÓN 2 – UNIVERSIDAD / CIUDAD: _____

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

MATERIAS

SEMESTRE UNIVERSITARIO

ROTACIÓN MÉDICA ¿Cuál? _____

FECHA DE INICIO DEL PROGRAMA: _____

FECHA DE TERMINACIÓN DEL PROGRAMA: _____

NOMBRE Y PARENTESCO DE QUIEN FINANCIA LOS COSTOS DEL PROGRAMA:

ACUDIENTE 1

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

DIRECCIÓN: _____

E-MAIL: _____

TELÉFONO: _____

ACUDIENTE 2

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

DIRECCIÓN: _____

E-MAIL: _____

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 nacional, el cual declaras conocer y aceptar con la firma y entrega de este formulario a la Dirección de Relaciones Internacionales

Certifico que he recibido oportunamente la siguiente información relativa al funcionamiento del programa de movilidad nacional, 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 realizar 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: _____

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