SOLICITUD de INTERCAMBIO

**Foto**

**Foto**

Estudiantes INCOMING

### Información básica:

|  |
| --- |
| Apellido  |
| Nombre  |
| Universidad de Origen      |
| Carrera      |
| Duración del intercambio:  | Primer semestre en UCU:  |

**Datos adicionales:**

|  |
| --- |
| Pasaporte Nº:      |
| Dirección      Nro.       |
| C.P.       Ciudad      |
| Móvil/WhatsApp        |
| E-mail      |
| Fecha de Nacimiento      (dd/mm/yy) | Lugar de Nacimiento      |
| Nacionalidad        |
| Sexo  |

# En caso de emergencia contactar a:

|  |
| --- |
| Nombre(s):       |
| Dirección:       |
| Teléfono:       email       Parentesco:       |

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:

1. Las materias a cursar están sujetas a su dictado durante el período de mi estancia en Uruguay.
2. Me obligo a contratar un seguro médico de cobertura total durante el período de mi estancia en Uruguay.
3. Los gastos de alojamiento y manutención serán de mi responsabilidad.
4. 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 mis estudios, basada en el desempeño que haya demostrado.
5. Mi estadía puede ser cancelada 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.
6. 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.
7. Obtendré por mi cuenta la documentacíon 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 instruído 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 estudiante

Nota: A esta solicitud deben adjuntarse los siguientes documentos:

* 1 foto tamaño pasaporte
* Certificado de Estudios oficial de la universidad de origen (transcript of records)
* Curriculum vitae (CV) del estudiante
* Fotocopia del pasaporte

# FECHAS LÍMITE 15 de noviembre para el semestre marzo-julio del año siguiente

 **30 de abril para el** **semestre agosto-diciembre del año siguiente**

##### **Formulario médico** (A ser completado por el solicitante)

Nombre completo:

Universidad de origen:

Firma del solicitante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar y fecha

 **sí no**

**• ¿Estás bajo tratamiento médico actualmente?** **[ ]** **[ ]**

**• ¿Has padecido alguna enfermedad de la cual debamos estar al tanto?** **[ ]** **[ ]**

**• ¿Te han practicado alguna cirugía mayor?** **[ ]** **[ ]**

**• ¿Has recibido tratamiento por adicción a drogas o alcohol?** **[ ]** **[ ]**

**• ¿Has recibido o recibes tratamiento psicológico o psiquiátrico?** **[ ]** **[ ]**

***Si alguna de tus respuestas ha sido afirmativa, por favor explica con detalle a continuación***

**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:**  (dd/mm/yy)

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera.

Si eres menor de edad, debe firmar tu padre o tutor

Nombre:

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario de solicitud de adecuaciones académicas\***

Nombre estudiante:

Universidad de origen:

Correo electrónico:

Por favor selecciona la opción que mejor se ajuste a tus necesidades:

**•** No necesito adecuaciones académicas **[ ]**

**•** Requiero adecuación para baja visión **[ ]**

**•** Requiero adecuación para ceguera **[ ]**

**•** Requiero adecuación para hipoacusia **[ ]**

**•** Requiero adecuación para sordera **[ ]**

**•** Requiero adecuación por discapacidad motora  **[ ]**

Por favor, elabora a continuación:

**•** Requiero adecuación para Trastornos del Espectro Autista **[ ]**

**•** Requiero adecuación para dificultades específicas del aprendizaje (déficit

atencional, dislexia, discalculia, etc)  **[ ]**

\*Para recibir efectivamente la adecuación que requieres, es **obligatorio** presentar un documento de tu universidad de origen que lo justifique.