

**Solicitud de Movilidad Entrante Estudiantes**

**Fecha:** Fecha de Solicitud

**ID:** Ingrese su ID de INTEC

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos Personales** | | | | |
| Nombre(s) |  | Apellido(s) | |  |
| Lugar de Nacimiento |  | No. Pasaporte | |  |
| Fecha de Nacimiento | Fecha de Nacimiento | Estado Civil | |  |
| Nacionalidad(es) |  | Género | | F  M |
| Dirección Actual |  | Teléfono fijo | | + |
| Teléfono celular | | + |
| Correo Institucional |  | Correo Personal | |  |
| **Datos de Institución de Origen** | | | | |
| Institución o Universidad |  | Carrera | |  |
| País de Origen |  | Área/Facultad | |  |
| Nombre Encargado/a |  | Correo de Encargado/a | |  |
| Promedio Académico Gral. |  | Resultado Idioma Español | |  |
| Nivel Académico Cursando | Grado Especialidad Maestría Doctorado Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Datos de la Movilidad** | | | | |
| Trimestre(s) a realizar movilidad | Agosto - Octubre  Noviembre - Enero  Febrero - Abril  Mayo - Julio | Fecha de Inicio | | Fecha de Inicio |
| Fecha de Termino | | Fecha de Termino |
| Actividad que Desarrollará en INTEC | Cursar asignaturas  Estancia de investigación  Rotación médica  Pasantía  Visita/Competencia  Otro. Especifica: | Modalidad de Movilidad | | Presencial  Virtual |
| Comentarios de la Actividad a Desarrollar | | |
|  | | |
| Tipo o Programa de Movilidad | Erasmus+  ELAP  CONAHEC  CINDA  MOVENI  Bilateral  Otro. Especificar: | | | |
| **Movilidades Anteriores en INTEC** | | | | |
| Tipo o Programa de Movilidad | Institución de Origen | | Fecha de Inicio | Fecha de Termino |
|  |  | | Fecha de Inicio | Fecha de Termino |
|  |  | | Fecha de Inicio | Fecha de Termino |
| **En Caso de Emergencia Avisar a:** | | | | |
| Nombre Completo |  | Parentesco |  | |
| Teléfono(s) |  | Dirección |  | |
| Condición Médica Existente | Incluir la(s) condición(es) médicas o necesidad especial del participante | | | |
| **Personal Estudiantil con Discapacidad**  **(dificultades para realizar tareas)** | | | | |
| Dificultad para ver Incluso si usa lentes | | Elija un elemento. | | |
| Dificultad para oír aun cuando usa un Aparato Auditivo | | Elija un elemento. | | |
| Dificultad para caminar o subir escalones | | Elija un elemento. | | |
| Dificultad para recordar o concentrarse | | Elija un elemento. | | |
| Dificultad para realizar tareas (necesita soporte para realizar su trabajo | | Elija un elemento. | | |
| Dificultad para comunicarse (para entender a los demás y para que lo entiendan) | | Elija un elemento. | | |

|  |
| --- |
| **Firma del Solicitante** |
|  |

**NOTA 1:** Esta solicitud no implica la aceptación automática de la estancia de movilidad.

**NOTA 2:** Verifique el “Control de Documentos para Estudiantes Entrantes” para conocer los documentos de aplicación de movilidad.