

**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.