**FORMULARIO PARA ESTUDIANTES INTERNACIONALES DE INTERCAMBIO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | |  |  | | --- | --- | |  |  | | |  |  | | --- | --- | |  |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| PEGAR  FOTOGRAFÍA |

Por favor, completar con letra imprenta toda la información detallada.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIVERSIDAD  DE ORIGEN | |  | | | |
| PAÍS |  | | LOCALIDAD |  | |
| DIRECCIÓN | |  | TELÉFONO/FAX | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CARRERA QUE CURSA EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN |  |

Semestre de intercambio: ⃝ 1° semestre (de marzo a julio) año 20….

⃝ 2 ° semestre (de agosto a diciembre) año 20….

**DATOS PERSONALES:**

Apellidos (como figura en el pasaporte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nombres

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de nacimiento |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SEXO | M |  | F |  |

|  |  |
| --- | --- |
| EDAD |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NACIONALIDAD |  |
| ESTADO CIVIL |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PASAPORTE N° |  | VENCIMIENTO |  |
| PAÍS EMISOR |  | | |

**DATOS MÉDICOS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COBERTURA MÉDICA INTERNACIONAL |  | NRO. DE ASOCIADO |  |
| Indicar teléfono de la compañía, en Bahía Blanca, en caso de emergencia |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| GRUPO SANGUÍNEO |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INDICAR DOS PERSONAS DE SU PAÍS DE ORIGEN A QUIENES NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA | | | |
| Nombre y apellido | Parentesco | Teléfono | Correo electrónico |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INDICAR CON UNA CRUZ EN CASO DE PADECER ALGUNA ENFERMEDAD | | | | | | |
| Alergia |  | Especificar tipo: | | | Asma |  |
| Cardiopatía |  | Especificar tipo: | | | Diabetes |  |
| Enfermedad infecto-contagiosa | | |  | Especificar tipo: | | |
| OTROS DATOS DE INTERÉS QUE CONSIDERE IMPORTANTES REFERIDOS A SU SALUD: (medicamentos, etc) | | | | | | |

**DATOS DEL PAÍS DE RESIDENCIA** (Completar con los datos del estudiante)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DOMICILIO PARTICULAR |  | | |
| LOCALIDAD/PROVINCIA |  | | |
| CODIGO POSTAL |  | | |
| TELÉFONO (agregar prefijo de país y ciudad) |  | CELULAR |  |
| E-MAIL PARTICULAR |  | | |

**IDIOMA ESPAÑOL** (Completar marcando con una cruz, en caso de que ésta no sea su lengua oficial)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Regular | Bueno | Muy bueno | Excelente |
| CONVERSACIÓN | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | |
| LECTURA | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | |
| ESCRITURA | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | |

**OTROS IDIOMAS** (Completar con números según la escala detallada más abajo)

1-Regular 2-Bueno 3-Muy bueno 4-Excelente

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Idioma |  | Habla |  | Lee |  | Escribe |  |
| Idioma |  | Habla |  | Lee |  | EScribe |  |

**INFORMACIÓN ACADEMICA**

Indicar en que año se encuentra actualmente en la carrera de origen:

⃝ 2° Año ⃝ 3° Año ⃝ 4° Año ⃝ 5° Año

|  |  |
| --- | --- |
| CANTIDAD DE MATERIAS APROBADAS EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN |  |

\*A continuación indique las asignaturas que desea cursar en la Universidad Provincial del Sudoeste

|  |  |
| --- | --- |
| Materias que solicita cursar en la UPSO \* | Materias de su plan de estudios |
| Carrera:  Asignatura: |  |
| Carrera:  Asignatura: |  |
| Carrera:  Asignatura: |  |
| Carrera:  Asignatura: |  |

\*A continuación describa brevemente los proyectos y/o actividades que desea realizar en la Universidad Provincial del Sudoeste: (en caso de corresponder indicar carrera en la UPSO)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del responsable del área de  Relaciones Internacionales de la universidad de origen: |  |
| Email: |  |

|  |
| --- |
| LOS POSTULANTES DEBEN CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS  (OBLIGATORIOS) |
|  | |

Documentación a presentar para la evaluación del postulante:

1. Formulario de solicitud de admisión para estudiantes internacionales.
2. Carta de solicitud de admisión del postulante, incluyendo intenciones académicas y breve presentación personal, escrita en castellano.
3. Carta de recomendación de intercambio realizada por el coordinador de intercambio en su universidad.
4. Curriculum vitae.
5. Certificado analítico oficial de la universidad de origen.
6. Explicitación de las actividades académicas seleccionadas a realizar en la UPSO.

**Nota**: La documentación original deberá ser escaneada y enviada en un mismo archivo formato PDF por mail a la Universidad. No se aceptarán documentos escritos a mano, ilegibles o escaneo de fotocopias.

Una vez aprobada la postulación por la Universidad Provincial del Sudoeste, el interesado deberá presentar la siguiente documentación para su admisión definitiva:

1. Certificación de idioma español, en caso de no provenir de países hispanohablantes. En caso de no poseer dicho certificado, el estudiante deberá tomar un curso de español.
2. Copia de pasaporte.
3. Breve historia clínica y certificado de buena salud.
4. Inscripción al seguro de vida y de salud internacional.

Trámite migratorio: es obligatorio y se debe completar dentro de los 30 días desde la llegada al país del estudiante en la Delegación local de la Dirección Nacional de Migraciones de Bahía Blanca.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

Cierre de inscripción y de recepción de documentación:

* Primer semestre (marzo a julio) – 30 de noviembre del año anterior.
* Segundo semestre (agosto a diciembre) – 15 de junio del corriente año.

|  |
| --- |
|  |

Certifico que toda la información anteriormente proporcionada es veraz y me comprometo a cumplir con todos los reglamentos y leyes vigentes en Argentina y en la Universidad Provincial del Sudoeste.

Firma del postulante:

Aclaración:

Lugar y fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secretaría de Relaciones Institucionales y Comunicación

Ciudad de Cali 320, Bahía Blanca (C.P. 8000), Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Teléfono/ Fax: +54 9 0291 4592581

[institucional@upso.edu.ar](mailto:institucional@upso.edu.ar)

[www.upso.edu.ar](http://www.upso.edu.ar)