Fomulario de postulacion para estudiantes extranjeros

Universidad Tecnológica Nacional

Semestre de Intercambio:

1ro (Marzo – Julio) de 20

2do (Agosto- Diciembre) de 20

|  |  |
| --- | --- |
|  | Convenio bilateral: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Programa de Intercambio. ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Categoría:

Fechas: De llegada a Argentina:

De partida desde Argentina:

## INFORMACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE

Apellido:

**Foto 4x4**

Nombres:

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Número de pasaporte: Vencimiento del pasaporte:

Residencia permanente:

Teléfono:

(Código de país y de área + teléfono)

Email:

### Antecedentes académicos

Universidad de origen:

Título para el que estudia actualmente:

Año de cursada:

Fecha estimada de graduación:

### IDIOMAS

Lengua natal:

Otros idiomas que maneja:

Nivel de español (sólo si su lengua natal no es español)

Lectura y escritura

Nivel básico

Nivel intermedio

Nivel avanzado

Oral

Nivel básico

Nivel intermedio

Nivel avanzado

Certificados de español obtenidos:

## ACTIVIDAD ACADÉMICA A REALIZAR DURANTE EL INTERCAMBIO

Pasantía

Empresa: Área:

Proyecto de investigación

¿Cuál?

Cursado de asignaturas (las asignaturas pueden ser definidas en forma presencial a su llegada).

Nombre de la asignatura

Código el curso

## Datos del TUTOR

Nombre y Apellido:

Mail:

Teléfono: Fax:

(Código de país y de área + teléfono) (Código de país y de área + teléfono)

Datos del RESPONSABLE DE RELACIONES INTERNACIONALES

Nombre:

Mail:

Teléfono: Fax:

(Código de país y de área + teléfono) (Código de país y de área + teléfono)

Firma y sello: Fecha:

# IMPORTANTE

Para estudiar en la UTN FRBA es necesario que todos los estudiantes posean seguro de salud internacional de amplia cobertura válido en Argentina por el período de estudio y conocimiento de la política Institucional de la UTN FRBA.

Los gastos de alojamiento, visa, alimentación, y seguro antes mencionado, serán responsabilidad del alumno.

Una vez en la Argentina, el estudiante tiene un plazo de 30 (treinta) días hábiles para tramitar la correspondiente Visa de Residencia Temporaria ante la Dirección Nacional de Migraciones.

Esta información deberá ir acompañada de:

1. Fotocopia de la primera página del pasaporte
2. Curriculum Vitae
3. Certificado de notas original firmado y sellado por las autoridades de la universidad de origen (\*)
4. Carta de motivación redactada por el candidato, explicando las razones para escoger la UTN FRBA.
5. Carta de recomendación,redactada por la universidad de origen.
6. Formulario médico

(\*) Presentar original y copia traducida (la traducción puede ser no formal).

Certifico que toda la información proporcionada es veraz y me comprometo a cumplir lo reglamentación vigente en la UTN FRBA.

Firma y aclaración del estudiante:

Fecha:

# FORMULARIO MÉDICO

Nombre y apellido:

Sexo: Femenino Masculino Edad:

Nombre del padre: Teléfono:

Nombre de la madre: Teléfono:

Grupo sanguíneo:

### EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

Nombre y apellido:

Parentesco:

Teléfono 1: Teléfono 2:

Email:

### ANTECEDENTES CLÍNICOS

Marcar en caso de presentar alguna de las siguientes:

Alergia

Asma

Epilepsia

Enfermedad cardíaca

Enfermedades psiquiátricas

Diabetes

Hipertensión

Otra

(Especificar)

¿Toma medicamentos? SI (especificar el medicamento y las razones) NO

Marcar todos los que correspondan:

Operaciones (especificar tipo y año)

Hospitalización (especificar enfermedad y año)

Asumo el compromiso y presto mi consentimiento para que la UTN FRBA y/o sus prestadores de servicios me administren tratamientos médicos de emergencia. Entiendo que es requisito para los alumnos de intercambio contar con una cobertura de salud internacional durante el período del intercambio y asumo el compromiso económico de cualquier costo asociado con los tratamientos médicos que me fuesen necesarios, ya que la universidad no se hará cargo de ninguno de dichos costos.

Firma del estudiante:

Aclaración:

Fecha: