



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: 

Nombres:

Género: Masculino Femenino Otro

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:

especialidad que va a cursar durante el intercambio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Año de cursada:

### **IDIOMAS**

Lengua natal:

Otros idiomas que maneja:

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







Certificados de español obtenidos:

## **ACTIVIDAD ACADÉMICA A REALIZAR DURANTE EL INTERCAMBIO**

Proyecto de investigación

¿Cuál?

Cursado de asignaturas

(serán confirmadas semanas antes de comenzado el cuatrimestre)

Nombre de la asignatura

Especialidad

## **DATOS del TUTOR**

Nombre y Apellido:

Mail:

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Código de país y de área + teléfono)



# **FORMULARIO MÉDICO**

Nombre y apellido:

Género: Femenino Masculino Otro 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) 



# 

# IMPORTANTE

El estudiante deberá contratar un seguro de salud internacional de amplia cobertura válido en Argentina por el período de estudio. Por otro lado, los gastos de alojamiento, visa, alimentación, y seguro antes mencionado, serán responsabilidad del alumno.

El estudiante deberá tener conocimiento del código de ética de la UTN FRBA [Codigo Etica Institucional.pdf](https://drive.google.com/file/d/1cA5Sd4lx4W9R-F68U-as7EhmVukShRCF/view?usp=drive_link) y de la Guía del Estudiante de Intercambio (este archivo será enviado vía mail por la referente de la UTN.BA).

El estudiante deberá tramitar una visa estudiantil estando en su país de origen, o bien, una vez en la Argentina, tendrá un plazo de 30 (treinta) días hábiles para tramitar la correspondiente Residencia ante la Dirección Nacional de Migraciones.

El presente formulario de postulación deberá ir acompañado 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
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 la reglamentación vigente en la UTN FRBA.

Firma y aclaración del estudiante:

Fecha: