



## FORMULARIO DE APLICACIÓN PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESCUELA DE COMUNICACIÓN MÓNICA HERRERA

### 1. DATOS GENERALES

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Número de pasaporte: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos:

Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE FINANCIERO

Nombre del padre o responsable financiero en el país de procedencia:

Relación/Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección casa: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo (empresa): \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail trabajo: \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES CONTACTOS DIRECTOS

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina: \_\_\_\_\_

Tel. Alternativo de contacto: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_



Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina: \_\_\_\_\_

Tel. Alternativo de contacto: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA

Contraindicaciones médicas: \_\_\_\_\_

Alérgico a medicamentos: \_\_\_\_\_

Operado de: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

## 2. DATOS ACADÉMICOS

Centro de Estudios: \_\_\_\_\_

Año en curso: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_ CUM: \_\_\_\_\_

Semestre a cursar en la ECMH (marque con una cruz el periodo de estudio):

Febrero – Junio  Julio – Noviembre

## 2. ASIGNATURAS A CURSAR

Asignaturas que deberá cursar en el ciclo que realizará el intercambio:

ASIGNATURAS DE LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN	ASIGNATURAS POR MATRICULAR EN LA ECMH
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____
6. _____	6. _____
7. _____	7. _____
8. _____	8. _____



## 2. DOCUMENTOS Y REQUISITOS

- Términos y condiciones.
- Copia de hoja informativa del pasaporte (donde está la foto del estudiante).
- Copia de certificado del seguro de salud y accidentes internacional.
- Foto

---

Firma del solicitante