

# R E C T O R A D O

foto

**RELACIONES UNIVERSITARIAS**

FORMULARIO DE POSTULACIÓN

**PARA EL ESTUDIANTE DE PREGRADO QUE POSTULA A LOS   
PROGRAMAS DE MOVILIDAD EN LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

(Llenar con computadora, no se recibirán manuscritos)

|  |  |
| --- | --- |
| **SEMESTRE ACADÉMICO:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN PERSONAL** | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE** (apellidos y nombres): | | | | | | | |
| **GÉNERO:** | **MASCULINO** | |  | **FEMENINO** |  | **FECHA DE NACIMIENTO:** | |
| **LUGAR DE NACIMIENTO:** (ciudad, país) | | | | |  | | |
| **NACIONALIDAD:** | | | | | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | |
| Para el Estudiante Internacional  **PASAPORTE Nº:** | | | | | **VIGENTE HASTA:** | | |
| **DIRECCIÓN** (en el país de residencia): | | | | |  | | |
| **TELÉFONO FIJO** (en el país de residencia): (+ prefijos de país y ciudad) | | | | |  | | |
| **TELEFONO CELULAR** (WhatsApp): | | | | |  | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | | | | |  | | |
| **DIRECCIÓN DE LOS PADRES** (en el caso de ser diferente) | | | | |  | | |
| **NOMBRE DE PERSONA DE CONTACTO EN**  **CASO DE EMERGENCIA** (en el país de residencia): | | | | |  | | |
| **RELACIÓN** | |  | | | **TELÉFONO DE CASA:** | |  |
| **TELÉFONO CELULAR:** | |  | | | **TELÉFONO DE TRABAJO:** | |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | | | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN INTERUNIVERSITARIA** | | | |
| **UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA:** |  | | |
| **CONVENIO MARCO** |  | **CONVENIO ESPECÍFICO DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL** |  |
| **PAME UDUAL** |  | **ALIANZA DEL PACÍFICO** |  |
| **OTRO: (Especificar)** |  | | |
| **CONDICIÓN DEL ESTUDIANTE:** | **Alumno(a) libre** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN** | | | | | | | | | | | | |
| **UNIVERSIDAD:** | | | | | |  | | | | | | |
| **FACULTAD O ESCUELA PROFESIONAL:** | | | | | |  | | | | | | |
| **PAÍS:** | |  | | | | **CIUDAD:** | | | |  | | |
| **OFICINA DE RELACIONES INTERNACIONALES EN LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN** | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DE PERSONA DE CONTACTO:** | | | | | | |  | | | | | |
| **CARGO:** | |  | | |  | | | | | | | |
| **TELÉFONO FIJO:** | |  | | | | **TELÉFONO CELULAR:** | | | |  | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | | | |  | | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN POSTAL:** | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE LOS ESTUDIOS EN LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA** | | | | | | | | | | | | |
| **AÑO LECTIVO:** | |  | | | | **1º semestre** | | |  | **2º semestre** |  | |
| **FACULTAD:** | |  | | | | | | | | | | |
| **ESCUELA PROFESIONAL:** | | | | | |  | | | | | | |
| **PRE-REGISTRO DE ASIGNATURAS** (entre 3 y 6) | | | | | | | | | | | | |
| (Estas deberán pertenecer a la **Facultad o Escuela Profesional de la URP** correspondiente a su carrera) | | | | | | | | | | | | |
| **FACULTAD** | | | **ESCUELA** | | | **CÓDIGO** | | **NOMBRE LA ASIGNATURA** | | | | **Nº CRÉDITOS** |
| **1.** |  | |  | | |  | |  | | | |  |
| **2.** |  | |  | | |  | |  | | | |  |
| **3.** |  | |  | | |  | |  | | | |  |
| **4.** |  | |  | | |  | |  | | | |  |
| **5.** |  | |  | | |  | |  | | | |  |
| **6.** |  | |  | | |  | |  | | | |  |
| **NÚMERO TOTAL DE ASIGNATURAS:** | | | | | |  | | **TOTAL CRÉDITOS:**  (mínimo 12, máximo 24) | | | |  |
| No forman parte de la oferta académica las asignaturas de los tres primeros semestres de cada Escuela Profesional (códigos EB) porque corresponden al Programa de Estudios Básicos. | | | | | | | | | | | | |
| **Firma del estudiante:** | |  | | | | **Firma Coordinadora URP:** | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN MÉDICA** | | | | | | | | | | | | |
| **ALERGIA A ALGUNA MEDICINA O ALIMENTO:** | | | | **SI** |  | **NO** |  | **Especificar:** | | | | |
| **ENFERMEDADES QUE SUFRE EL ESTUDIANTE:** | | | | | | | | | | | | |
| **PROBLEMAS RESPIRATORIOS** | **SI** |  | **NO** |  | **DIABETES** | | | | **SI** |  | **NO** |  |
| **OTRA: (Especificar)** |  | | | | | | | | | | | |
| **DISCAPACIDAD FÍSICA** | **SI** |  | **NO** |  | **Otra: (Especificar)** | | | | | | | |
| **TOMA ALGUNA MEDICINA** | **SI** |  | **NO** |  | **Especificar:** | | | | | | | |
| **VACUNAS: (Se recomienda que sean colocadas si el estudiante piensa viajar al interior del país)** | | | | | | | | | | | | |
| **HEPATITIS A** | **SI** |  | **NO** |  | **TIFOIDEA** | | | | **SI** |  | **NO** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE CONOCIMIENTO DEL IDIOMA ESPAÑOL**  **(**en caso que el idioma en el país de la universidad de origen sea distinto) | | | | | | | | | | |
| **NIVEL DE DOMINIO DEL IDIOMA:** | | | | | **ELEMENTAL** | | **A-1** |  | **A-2** |  |
| **INTERMEDIO** | **B-1** |  | **B-2** |  | **SUPERIOR** | | **C-1** |  | **C-2** |  |
| **TIENE ALGUNA CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL:** | | | | | **DELE** |  | **Otro:** | | | |
| Para acceder al Programa de Movilidad Estudiantil en la Universidad Ricardo Palma, deberá acreditar un nivel de español que le permita entender y conversar de manera fluida. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Yo, ……………………………………………………………….…. dejo constancia que he leído cuidadosamente la información contenida en este formulario y que todas las respuestas son verdaderas.  FIRMA ESTUDIANTE: …………………………………………………………….  FIRMA COORDINADOR EN UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: ………………………………………………  FECHA: ……/……/2024. | | | | | | | | | | |

**Se adjuntan los documentos siguientes en un único archivo pdf:**

1. Carta de motivación.
2. Carta de presentación de la Universidad de procedencia.

Ambas cartas dirigidas a la Directora de Relaciones Universitarias doctora Ada Gallegos.

1. Registro de calificaciones.
2. Fotocopia a color del DNI / PASAPORTE (con una validez no inferior a los 12 meses).
3. Foto tamaño 3 x 4 cm. en buena resolución y como archivo jpg
4. Certificado de conocimiento del idioma español DELE B2 (en caso que el idioma en el país de la universidad de origen sea distinto).

**Nota:** Si la postulación fuera aceptada, se solicitarán los documentos siguientes una vez que el estudiante haya recibido la Carta de Aceptación por parte de la Universidad Ricardo Palma:

* 1. Fotocopia de póliza de seguro médico de cobertura internacional para el periodo de estancia en el Perú, pagado por anticipado para todo el periodo de la permanencia en la URP
  2. Fotocopia de billete electrónico de pasaje de avión de ida y vuelta