

Formulario de Postulación
Programa de Movilidad Estudiantil semestral del Consorcio de Universidades Estatales de Chile

Antecedentes personales del postulante

Nombre completo	
CDI	
Fecha de nacimiento	
Domicilio de procedencia	
Teléfono particular	
Teléfono celular	
Correo electrónico	
En caso de emergencia contactar a	
Teléfono	
Correo electrónico	
Otros antecedentes relevantes (enfermedades crónicas, alergias, etc.)	

Antecedentes académicos del postulante

Universidad de origen	
Carrera de origen	
Curso o nivel ¹	
Dirección Carrera de origen	
Teléfono Carrera de origen	
Promedio de notas	
Beneficios en la Universidad de origen (créditos, beca de alimentación)	

Documentos a acompañar:

- Formulario de postulación completo, firmado y timbrado por el responsable académico de la Carrera de origen y por el postulante.
- Carta de presentación y motivación.
- Certificado de alumno regular
- Concentración de notas con fecha máxima de emisión de 30 días.
- Fotografía tamaño carné (adherido a este formulario)
- Certificado médico de salud compatible.

Anexo 2

Formulario de Postulación a Prácticas Profesionales Nacionales

1. ANTECEDENTES PERSONALES			
Nombres:		Género (marcar con X):	Masculino:
Apellidos:			Femenino:
Nacionalidad:		Estado Civil (marcar con X):	Soltero(a):
Cédula de Identidad N°:			Casado(a):
Fecha de nacimiento (día /mes /año):			
Domicilio de origen (calle, número, población, ciudad, país, código postal):			
Teléfono móvil:		Email:	

2. PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre:		Relación o parentesco (Ej.: padre, hermano, amigo, Etc.):	
Apellido:			
Domicilio (calle, número, población, ciudad y/o estado, país, código postal):			
Teléfono móvil:		Teléfono casa:	
Teléfono trabajo:		E-mail:	

3. ANTECEDENTES ACADÉMICOS			
Facultad de Origen:			
Carrera de Origen:			
Sede origen (marque con una X):		Casa Central	C. Santiago
Año de ingreso		Último semestre cursado:	
		C. San Felipe	

Institución en la que realizará la práctica					
País					
Área específica de práctica					
Período al que postula (mes / año):		Inicio		Término	

CONSIDERACIONES:

- Documentos que debe adjuntar al Formulario de Postulación:
 - Documento de aceptación de práctica (Anexo 6)
 - Carta de recomendación de un académico que respalda su solicitud.
 - Informe de Notas emitido por el portal.
 - Certificado de alumno regular o de egreso
 - Fotocopia del pasaporte (según corresponda).
 - 2 fotografías tamaño pasaporte (**una debe adherirse a este formulario**).

2. Remita vía email su postulación con todos los documentos incluyendo esta ficha escaneados a movilidad.estudianti@uv.cl .Luego el original a: Maureen Toro Hidalgo, Encargada Movilidad Estudiantil UV, Universidad de Valparaíso, Blanco 951, Valparaíso, Chile.

En febrero no se realiza atención de alumnos, debido al receso universitario.

Nombre y firma	Fecha

Formulario de Postulación a Estadías cortas

4. ANTECEDENTES PERSONALES			
Nombres:		Género (marcar con X):	Masculino:
Apellidos:			Femenino:
Nacionalidad:		Estado Civil (marcar con X):	Soltero(a):
Cédula de Identidad N°:			Casado(a):
Fecha de nacimiento (día /mes /año):			
Lugar de Nacimiento (ciudad / región / país):			
Domicilio de origen (calle, número, población, ciudad, país, código postal):			
Teléfono móvil:		Email:	

5. PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre:		Relación o parentesco (Ej.: padre, hermano, amigo, Etc.):	
Apellido:			
Domicilio (calle, número, población, ciudad y/o estado, país, código postal):			
Teléfono móvil:		Teléfono casa:	
Teléfono trabajo:		E-mail:	

6. ANTECEDENTES ACADÉMICOS			
Facultad de Origen:			
Carrera de Origen:			
Sede origen (marque con una X):	Casa Central	C. Santiago	C. San Felipe
Año de ingreso		Último semestre cursado:	

Tipo de Actividad			
Pasantía académica	Actividades de laboratorio		
Área específica de la actividad			
Período al que postula (mes / año):	Inicio	Término	

CONSIDERACIONES:

- Documentos que debe adjuntar al Formulario de Postulación:
 - Documento de aceptación de la institución de acogida
 - Aceptación formal de la carrera
 - Carta de recomendación de un académico que respalda su solicitud.
 - Informe de Notas emitido por el portal.
 - Certificado de alumno regular o de egreso
 - 1 fotografía tamaño pasaporte (**debe adherirse a este formulario**).
 - Carta de compromiso profesor, académico o tutor que trabajará en conjunto con el estudiante.
- Remita vía email su postulación con todos los documentos incluyendo esta ficha escaneados a movilidad.estudianti@uv.cl. Luego el original a: Maureen Toro Hidalgo, Encargada Movilidad Estudiantil UV,

Universidad de Valparaíso, Blanco 951, Valparaíso, Chile.

En febrero no se realiza atención de alumnos, debido al receso universitario.

Nombre y firma	Fecha

Universidades Estatales de Chile

- Universidad de Tarapacá
- Universidad Arturo Prat
- Universidad de Antofagasta
- Universidad de Atacama
- Universidad de la Serena
- Universidad de Playa Ancha
- Universidad de Santiago de Chile
- Universidad Tecnológica Metropolitana
- Universidad de Chile
- Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación
- Universidad de O'Higgins
- Universidad de Talca
- Universidad del Bío-Bío
- Universidad de la Frontera
- Universidad de los Lagos
- Universidad de Aysén
- Universidad de Magallanes

Acuerdo de Reconocimiento

<p>Yo, (nombre de Jefe / Director / Coordinador de carrera o equivalente), como académico responsable de la gestión del currículum al que está adscrito el postulante individualizado en el presente formulario, declaro mi conformidad con la participación de éste en el Programa de Movilidad Estudiantil de Universidades del Estado de Chile.</p> <p>El estudiante, de ser seleccionado y aceptado en la Carrera de Destino, cursará las actividades académicas indicadas más arriba en ésta última, las que le serán reconocidas por las correspondientes de su currículum siempre y cuando las apruebe bajo las condiciones que establezca la Carrera de destino.</p>	<p>Yo, (nombre del postulante), declaro conocer y aceptar las condiciones y normativas del Programa de Movilidad Estudiantil de Universidades del Estado de Chile.</p> <p>Además, declaro que toda la información que he incluido en el presente formulario, así como los demás documentos que he acompañado, son fidedignos.</p>
<p>Timbre y firma</p>	<p>Firma</p>

Lugar y fecha

--

Anexo 6

Documento de Aceptación de Prácticas

El presente documento, tiene por objeto certificar la aceptación del alumno, de la carrera de _____, perteneciente a la facultad de _____, de la Universidad de Valparaíso, Sr(ita) _____, RUT _____, para la realización de la práctica profesional de _____ hrs., en la institución _____, RUT _____, representada legalmente por el Sr(ita) _____.

Durante la práctica el alumno realizará labores como

A) El alumno se integrará específicamente al área: _____

B) Además consignamos lo siguiente:

Horas de práctica	
Horario en que el alumno desarrollará la práctica	
Días en que el alumno desarrollará su práctica	
Día, mes, y año de inicio de práctica	
Día, mes, y año de término de práctica	
Departamentos o Áreas en que el alumno desarrollará su práctica	
Nombre de persona responsable de la supervisión de la práctica	
Cargo	
Teléfono	
E-mail	
Observaciones	

Certifico que el alumno antes citado ha sido aceptado en la organización antes indicada como alumno en práctica por el periodo antes mencionado

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE
ENCARGADO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Anexo 7

Documento de Aceptación Estadías Cortas

El presente documento, tiene por objeto certificar la aceptación del alumno, de la carrera de _____, perteneciente a la facultad de _____, de la Universidad de Valparaíso, Sr(ta) _____, RUT _____, para la realización de una estadía corta correspondiente a _____ hrs., en la institución _____, RUT _____, representada legalmente por el Sr(ita) _____.

Durante la estadía el alumno realizará labores como _____

- A) El alumno se integrará específicamente al área: _____
B) Además consignamos lo siguiente:

Horas de actividad	
Horario en que el alumno desarrollará la actividad	
Días en que el alumno desarrollará la actividad	
Día, mes, y año de inicio de actividad	
Día, mes, y año de término de actividad	
Nombre de persona responsable de la supervisión de la práctica	
Cargo	
Teléfono	
E-mail	
Observaciones	

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE
ENCARGADO