CODIGO: DRI-UA-2023 FECHA: 13/04/2023 VERSIÓN: 01

PROCESO DE GESTIÓN ACADÉMICA MOVILIDAD ESTUDIANTIL



FORMATO DE SOLICITUD

Lima, / / 20

1.	1. DATOS PERSONALES															
Nombres:								Apelli	dos:							
Documento de identidad:			DNI:				CE:		Pa		Pasaporte:					
Fecha de Día: nacimiento:		: Mes:				Año:		País de nacimiento:								
								Nacionalidad:								
Dirección	:															
Ciudad:		Correo:														
País:							Се	Celular:								
Contacto de emergencia:																
Parentesco							Се	Celular								
2. DATOS ACADÉMICOS																
Universi																
Facultad		011	90111	Selecciona tu Facultad					Ciclo:				Selecciona tu			iclo
Escuela	Escuela / Programa:				Selecciona tu Escuela Pr				nal	al Semestre:			Selecciona el semestre			
	Universidad de destino:				2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2								actual			
3.	IDION		arám otr	o do Cr	lificac	sión: Mu	ny bio	n (MR)	Pion	/B\ D	oau	ılar (D) – Pocc) (D)		
	Idioma		arameu			ón Lecto			- Bleii Habla	(6)- 1	egu		ribe) (F)	Escuc	cha
Taloma 1																
Idioma 2			Comprensión Lectora			Habla		Escr		cribe	ibe Escucha		cha			
4.	DATO	S D	ELAM	OVILIE	DAD A	CADÉN	ЛІСА									
Escuela								-								
Duración de la			n semestre (□)				Dos semestre		es (□) Otro:							
Ciclo Académico							Pres		Prese	encial: [
¿Requie	¿Requiere información de				hospedaje? Sí:□			No□ Moda				No P	Presencial:			
Tipo de	Movilio	lad (Selecci	one)												
								ráctica rnacional		Estanc					Doble itulación	
								20101101		11110	oug	dolon			Italacion	<u> </u>
 JUSTIFICACIÓN O MOTIVACIÓN Por favor redacte en español sus razones para solicitar intercambio en la Universidad destino. 																
1 of lavor reducte en españor sus razones para solicitar intercambio en la offiversidad destino.																

Campus Lima Sur: Panamericana Sur Km. 16.3 - Villa El Salvador

Central Telefónica: 715 3335

www.autonoma.pe

CODIGO: DRI-UA-2023 FECHA: 13/04/2023 VERSIÓN: 01

PROCESO DE GESTIÓN ACADÉMICA MOVILIDAD ESTUDIANTIL



6. PRO	YECTO DE HOMOLOGACIÓN DE ASIG							
Código	ASIGNATURAS MATRICULADAS EN LA UNIVERSIDAD DE ORIG							
Codigo	Asignatura (Nonic	ne completo)	NIVEL					
	ASIGNATURAS A MATRICULAR E							
Código	Asignatura (Nomb	NIVEL						
APROBACIÓN DE MOVILIDAD								
Firma del solic	sitante:	-						
	Director de Escuela:	Dirección de Relaciones Interinstitucionales:						
	Firma / sello:	Firma / sello:						
☐ Declaro de destir	que obtendré el seguro médico internacio no.	nal correspondiente durante mi est	ancia en la universidac					
☐ Declaro	que poseo los medios financieros necesa	rios para realizar mi estancia en la	universidad de destino					
☐ Declaro	que cumpliré con la reglamentación migr	atoria del lugar de destino.						
Por favo	or adjunte los documentos requeridos	a su aplicación (Si prorroga, no a	plica)					

Campus Lima Sur: Panamericana Sur Km. 16.3 - Villa El Salvador

Central Telefónica: 715 3335 www.autonoma.pe