

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
DÍA MES AÑO

1. INFORMACIÓN PERSONAL						
Nombre(s)		Apellido(s)				
Documento de identidad / Número / Lugar de expedición		Código estudiantil				
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento				
Dirección de residencia		Ciudad				
Teléfono		Celular				
E-mail personal		E-mail institucional				
En caso de emergencia contactar a:		Relación	Teléfono / Celular			
2. INFORMACIÓN ACADÉMICA						
Facultad		Programa académico				
Nº de créditos aprobados / Total de créditos / % / = % Créditos aprobados		Promedio acumulado				
3. INFORMACIÓN DE MOVILIDAD						
Tipo de movilidad		<input type="checkbox"/> Semestre académico de intercambio <input type="checkbox"/> Curso o estancia corta <input type="checkbox"/> Práctica académica <input type="checkbox"/> Pasantía <input type="checkbox"/> Estancia de investigación <input type="checkbox"/> Rotación médica <input type="checkbox"/> Participación en eventos <input type="checkbox"/> Curso de formación en lengua extranjera				
Periodo de movilidad		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<b>Duración</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>
			Fecha de inicio			
			Fecha de finalización			
Ambito		<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Internacional				
Institución destino / Institución organizadora del evento						
Existencia de convenio		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Estatus (No aplica para participación en eventos)		<input type="checkbox"/> Estudiante de Intercambio <input type="checkbox"/> Estudiante Visitante				
Tipo de financiación		<input type="checkbox"/> Recursos propios <input type="checkbox"/> Beca ¿Cuál?				
4. PROPUESTA DE MOVILIDAD						
SEMESTRE ACADÉMICO DE INTERCAMBIO / CURSO O ESTANCIA CORTA / PRÁCTICA ACADÉMICA / PASANTÍA / ROTACIÓN MÉDICA						
PLAN DE HOMOLOGACIÓN*						
CURSOS INSTITUCIÓN DESTINO A TOMAR			CURSOS UNINAVARRA A HOMOLOGAR			
Código	Nombre del curso	Créditos	Código	Nombre del curso	Créditos	

\*Adjuntar contenidos programáticos

**FORMATO DE SOLICITUD DE MOVILIDAD  
ACADÉMICA O INVESTIGATIVA  
ESTUDIANTIL SALIENTE**

<b>CODIGO</b>	CI-FO-01
<b>VERSIÓN</b>	01
<b>FECHA</b>	09-NOV-2018

PARTICIPACIÓN EN EVENTOS	
<b>Nombre del evento</b>	
<b>Tipo de participación</b>	<input type="checkbox"/> Ponencia oral <input type="checkbox"/> Presentación de póster <input type="checkbox"/> Orientación de taller <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?
CURSO DE FORMACIÓN EN LENGUA EXTRANJERA	
<b>Idioma</b>	

**ANEXOS:**

- Certificado de notas expedido por la Unidad de Admisiones y Registro
- Certificado de buena conducta
- Fotocopia de documento de identidad
- Formato de Presentación de Proyectos de Investigación (Aplica para Estancia de Investigación)
- Certificado de competencia comunicativa en el idioma extranjero requerido por la institución de destino (Si aplica)

<input type="checkbox"/>	Me comprometo a adquirir seguro médico de cobertura nacional y/o internacional vigente durante mi estancia en la institución de destino
<input type="checkbox"/>	Declaro que poseo los recursos económicos necesarios para mi estancia en la institución destino

\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

5. APROBACION DE LA MOVILIDAD			
SÍ	NO	NO APLICA	REGLAMENTO DE MOVILIDAD ACADÉMICA E INVESTIGATIVA ESTUDIANTIL (Acuerdo CA 002 / 2015, art. 11)
			<b>REQUISITOS:</b>
			Estar matriculado en uno de los programas académicos que oferta UNINAVARRA, al momento de aplicar al intercambio
			Mostrar un promedio académico acumulado igual o superior a 3.6
			Haber superado el 40% de los créditos académicos del plan de estudios del respectivo programa académico al momento de iniciar el intercambio*
			<small>*Para el caso de participación como ponente en eventos académicos nacionales o internacionales, le corresponderá al Director del Grupo de Investigación al que esté adscrito el estudiante, dar el correspondiente aval, en este caso no es requisito haber cursado mínimo el 40% de los créditos del programa.</small>
			Para los estudiantes de los programas adscritos a la Facultad de Ciencias de la Salud, se requiere haber cursado y aprobado la totalidad del ciclo básico del plan de estudios del respectivo programa académico al momento de iniciar el intercambio
			No tener sanciones disciplinarias
			Autorización del Consejo de la Facultad al cual esté adscrito el programa
			Ser mayor de edad
			Acreditar la competencia en el idioma extranjero requerido por la institución de destino
Nombre del Decano:			
Firma _____ Fecha: _____			
EN CASO DE PARTICIPACIÓN EN EVENTO O ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN			
Nombre del Director del Grupo de Investigación:			
Firma _____ Fecha: _____			
VoBo Director CINA			
Firma _____ Fecha: _____			