



FORMATO N° 1

Fotografía

Propósito de la aplicación:

- MOVILIDAD VIRTUAL**
- MOVILIDAD POR CONVENIO: Mi Universidad tiene convenio firmado con la UCSM.
- MOVILIDAD SIN CONVENIO: Mi Universidad no tiene convenio firmado con la UCSM. Pagaré las tasas educativas como sea requerido.
- PASANTÍA HOSPITALARIA: Deseo realizar una pasantía en un centro hospitalario asociado a la UCSM. Asumiré el pago por derechos correspondientes según sea requerido.
- ESTANCIAS CORTAS: Deseo participar como alumno libre de la UCSM tomando cursos de corta duración. Asumiré el pago por derechos correspondientes según sea requerido.
- ESCUELA DE ESPAÑOL: Deseo tomar el curso de español para extranjeros. Asumiré el pago por derechos según sea requerido.
- OTRO (especificar):

Marcar el programa por el que aplica

- RPU
- UDUAL
- Becas Iberoamérica Santander
- CRISCOS
- Convenio Bilateral
- Alianza del Pacífico
- OTRO (especificar):

## INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido(s)	<input type="text"/>	Nombre(s)	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	DD MM AA		
Nacionalidad	<input type="text"/>		
N° Pasaporte	<input type="text"/>	Tipo de Visa	<input type="text"/>
Dirección en el país de residencia	<input type="text"/>		
País	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>
		Estado/ Provincia	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>

## INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido (s)	<input type="text"/>	Nombre (s)	<input type="text"/>
Parentesco	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
Datos de contacto en Arequipa (anfitrión)			
Apellido (s)	<input type="text"/>	Nombre (s)	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	Distrito	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

# INFORMACIÓN ACADÉMICA

Universidad de origen

País

Ciudad

Estado/provincia

Escuela Profesional

**Representante de la Universidad de origen (Jefe de la Oficina Internacional, Decano, Director)**

Apellido (s)

Nombre (s)

Cargo

E-mail

Teléfono

Celular

## PREFERENCIAS EN LA UCSM

Escuela Profesional

Hospital

Especialidad/  
Servicio hospitalario

**Especificar el periodo de duración de la movilidad**

UCSM Semestre 2020-I

UCSM Semestre 2020-II

Pasantía Médica

Desde

DD

MM

AA

Hasta

DD

MM

AA

Estancia Corta

Desde

DD

MM

AA

Hasta

DD

MM

AA

Escuela Español

Desde

DD

MM

AA

Hasta

DD

MM

AA

Otro (especificar)

Desde

DD

MM

AA

Hasta

DD

MM

AA

## IDIOMAS

Lengua materna

Idioma de instrucción  
en su universidad

Nivel de español

Certificado de español

Sí

No

Especificar cual

### DECLARACIÓN SIMPLE

Declaro que la información brindada en este formato es completa y veraz. Proporcionar información falsa o incompleta, ocasionará el rechazo y cancelación de la postulación.

Ante alguna irregularidad en el expediente presentado se informará a las autoridades competentes y me someteré al proceso académico y/o administrativo que corresponda en ambas universidades.

Firma del  
estudiante

Fecha

DD

MM

AA

### CHECKLIST

- Solicitud dirigida al Señor Rector.
- Formato de postulación PAME - UCSM Internacional.
- Carta de presentación de la universidad de origen.
- Carta de motivación.
- Certificado de notas o ficha académica actualizada.
- Certificado de conocimiento del idioma español (mínimo nivel intermedio).
- Currículo no documentado.
- Copia de pasaporte y/o cédula de identidad

Enviar el formato completo y firmado junto a los documentos del checklist a:

[ocai@ucsm.edu.pe](mailto:ocai@ucsm.edu.pe)

**DICRRII**  
DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN Y  
RELACIONES INTERNACIONALES

Calle Samuel Velarde 320, 2do. piso  
Edificio del Rectorado  
382038 - Anexo 1010 - 1055  
[ocai@ucsm.edu.pe](mailto:ocai@ucsm.edu.pe)  
[Facebook/UCSMInternacional](https://www.facebook.com/UCSMInternacional)