



Dirección de Relaciones
Internacionales
Universidad del Desarrollo

FORMULARIO DE POSTULACIÓN A INTERCAMBIO ALUMNOS INTERNACIONALES

Completar con letra imprenta

INFORMACIÓN PERSONAL			
Nombres			
Apellidos			
Fecha de nacimiento	/ / (día / mes/ año)	Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Nacionalidad			
Nº pasaporte			
Fecha de emisión	/ /	Fecha de vencimiento	/ /

INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Domicilio			
Ciudad		País	
Código postal		Teléfono	(código país) (código ciudad) (número)
Email 1			
Email 2			

INFORMACIÓN ACADÉMICA			
Universidad de origen			
Ciudad		País	
Programa de estudio			
Nº semestres cursados		Promedio de notas	
Coordinador institucional			
Email			



Dirección de Relaciones Internacionales
Universidad del Desarrollo

PROGRAMA DE INTERCAMBIO EN LA UDD	
<i>Carrera a estudiar</i>	
<i>Sede a la que postula</i>	<input type="checkbox"/> Santiago <input type="checkbox"/> Concepción
<i>Período de estudios en la UDD</i>	<input type="checkbox"/> 1º Semestre / marzo-julio 20____
	<input type="checkbox"/> 2º Semestre / agosto-diciembre 20____

MANEJO DE IDIOMAS								
Español			Inglés			Otro:		
<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
<input type="checkbox"/>								

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIAS		
<i>Nombre completo</i>		
<i>Parentesco</i>		
<i>Domicilio</i>		
<i>Ciudad</i>	<i>País</i>	
<i>Código postal</i>	<i>Teléfono</i>	<small>(código país) (código ciudad) (número)</small>
<i>Email</i>		

INFORMACIÓN MÉDICA		
¿Tienes alguna condición o enfermedad que pueda requerir atención médica durante tu estadía en Chile?		
Sí <input type="checkbox"/>	<i>Especificar:</i>	No <input type="checkbox"/>
¿Tomas algún medicamento en forma permanente?		
Sí <input type="checkbox"/>	<i>Especificar:</i>	No <input type="checkbox"/>

Es requisito indispensable que el alumno disponga de un Seguro Médico con cobertura internacional durante el período que dure su estadía en Chile.



Dirección de Relaciones Internacionales
Universidad del Desarrollo

COMPROMISO DEL POSTULANTE

Si soy aceptado(a) por la Universidad del Desarrollo como alumno(a) de intercambio, me comprometo a obedecer los reglamentos del estudiante UDD y las leyes chilenas por mi período de permanencia en dicha institución.

Nombre del alumno

Fecha

Firma del Alumno

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <i>Carta de nominación de la universidad de origen</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Formulario de Preinscripción de Cursos</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Expediente académico</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Fotocopia del pasaporte (primera página)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>2 fotografías tamaño carnet</i> |

Los alumnos que postulen tanto al campus de Santiago como al de Concepción deben enviar los antecedentes a:

Daniela Marshall
Universidad del Desarrollo
Dirección de Relaciones Internacionales
Av. Plaza 680, San Carlos de Apoquindo
Las Condes, Santiago
CHILE



Dirección de Relaciones
Internacionales
Universidad del Desarrollo

FORMULARIO DE PREINSCRIPCIÓN DE CURSOS ALUMNOS INTERNACIONALES

DATOS DEL ALUMNO					
<i>Nombre del alumno</i>					
<i>Sede</i>	<input type="checkbox"/> Santiago	<input type="checkbox"/> Concepción	<i>Periodo</i>	<input type="checkbox"/> 1er Semestre 20__	<input type="checkbox"/> 2do Semestre 20__

PROPUESTA DE ESTUDIOS EN LA UDD
A continuación debes inscribir los cursos que quieres seguir en la UDD. Te recordamos que la UDD no garantiza la disponibilidad ni los cupos de los cursos seleccionados.

PRIMER SEMESTRE (MARZO-JULIO)	
NOMBRE DEL CURSO	FACULTAD

SEGUNDO SEMESTRE (AGOSTO-DICIEMBRE)	
NOMBRE DEL CURSO	FACULTAD