

HOJA DE COTEJO

Programa de Intercambio Olé-RUM

	1. Completar la Solicitud del Programa de Intercambio a España. (ver documento adjunto).
*	2. Completar la solicitud de la Universidad huésped. (nuestra oficina le enviará la información)
	3. Escribir un ensayo exponiendo el por qué interesa participar en este intercambio y los objetivos que entiende va a alcanzar con la experiencia. <i>(máximo 1 página)</i>
	4. Una carta de recomendación de un profesor/a del RUM. (ver documento adjunto).
	5. Fotocopia del pasaporte.
	6. 2 fotos 2 x 2 (para Universidad de Salamanca) 1 foto 2 x 2 (Universidad Complutense de Madrid) 1 foto tamaño pasaporte (FOM)
	7. Transcripción de créditos en español con cursos en progreso.
*	8. Recibo del seguro médico correspondiente <i>(este seguro se contrata más adelante)</i>
*	9. Pago Cuota de Participación <i>(\$175.00)</i>

IMPORTANTE

Favor enviar todos los documentos juntos por correo electrónico a: intercambio.rum@upr.edu, excepto las 2 fotos 2 x 2 si vas a solicitar a la Universidad de Salamanca (estas deben entregarse en nuestra oficina), para la Universidad Complutense de Madrid y para la FOM, la foto puede ser digital. Al enviar los documentos escriba en el asunto su nombre y Programa Olé

Para la fecha límite favor entregar el 1, 3, 4, 5, 6 y 7

***Items 2, 8 y 9 se realizan luego de la fecha límite**



Universidad de Puerto Rico
 Recinto Universitario de Mayagüez
 Decanato de Estudiantes



SOLICITUD AL PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESPAÑA

Para uso oficial:
 Aceptado Denegado

Universidad de España donde desea realizar estudios:

--

A. DATOS BIOGRAFICOS

1. Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Inicial	2. Número de Estudiante
--	-------------------------

3. Número Seguro Social xxx-xx-_____	4. Fecha Nacimiento	5. Estado Civil	6. Sexo
---	---------------------	-----------------	---------

7. País de Procedencia	9. Dirección Permanente Teléfono: _____ E-mail: _____ E-mail alterno: _____ Celular: _____	10. Dirección en Mayagüez (si se hospeda) Teléfono: _____
8. Número de Visa si no es ciudadano de Estados Unidos		

11. Si es menor de 21 años, nombre y dirección del padre, madre o encargado:	12. Persona a contactar en caso de emergencia: Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____
--	---

B. HISTORIAL ACADEMICO

13. Facultad:	14. Concentración:
15. Promedio acumulativo (GPA):	16. Nombre Consejero(a) Académico:

C. ¿TIENE BECA? Sí No

D. ¿Planea tomar cursos de su concentración en intercambio? Sí No

E. Indique el periodo para el cual solicita:

2do. Semestre _____

Año Académico _____

F. El solicitante, cuya firma aparece al calce, conviene que la información suministrada en esta solicitud, junto con toda la información que reciba el Programa de Intercambio como resultado de esta solicitud, será estrictamente CONFIDENCIAL, y no se informará a nadie de la misma (incluyendo el candidato(a) y sus familiares, excepto aquellas personas que el Director(a) del Programa de Intercambio estime necesario para la evaluación de la solicitud.

Fecha

Firma

Estudiantes menores de 21 años deberán obtener autorización del padre, madre o encargado(a).

Autorización

Autorizo a mi hijo(a) _____ a participar en el Programa de Intercambio con España del Recinto Universitario de Mayagüez. Doy mi consentimiento para que él (ella) estudie durante un semestre o un año académico en una de las universidades participantes en este Programa.

En _____, PR, hoy ____ de _____ de 20__.

Firma del padre, madre o encargado



Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Decanato de Estudiantes
Programa de Intercambio

Tel: (787)265-3896

CARTA DE RECOMENDACIÓN

A quien brinda la referencia:

El estudiante renuncia a su derecho de examinar la información solicitada en este formulario bajo “The Family Educational Rights and Privacy Act of 1974”. El estudiante está de acuerdo que la información incluida en este formulario se manejará de forma confidencial y no será revelado a él (ella), su familia y el público excepto a las personas que el Director(a) del Programa de Intercambio estime necesario para la evaluación del estudiante.

Nombre del Estudiante	Número de Estudiante	Teléfono
Dirección Permanente		
Firma del Estudiante		

PARA SER COMPLETADO POR PROFESOR(a):

	Bajo el Promedio	Promedio	Sobre el Promedio	No oportunidad para evaluar
Nivel de desempeño académico				
Motivación y metas claras				
Habilidad para expresar sus ideas por escrito y oralmente				
Capacidad para estudio independiente				

