

**HOJA DE COTEJO**  
**Programa de Intercambio UPRM**  
**Acuerdos de Colaboración**

	1. Completar la Solicitud del Programa de Intercambio. (documento adjunto).
	2. Completar la solicitud de la Universidad huésped.
	3. Escribir un ensayo exponiendo el por qué interesa participar en este intercambio y los objetivos que vas a alcanzar con la experiencia (máx. 1 página).
	4. Una carta de recomendación de un profesor/a del RUM. (documento adjunto).
	5. Fotocopia del pasaporte.
	6. 1 foto tamaño pasaporte (puede ser digital).
	7. Transcripción de créditos con cursos en progreso (enviada a <a href="mailto:intercambio.rum@upr.edu">intercambio.rum@upr.edu</a> )
	8. Pago Cuota de Participación (\$175.00)



Universidad de Puerto Rico  
Recinto Universitario de Mayagüez  
Decanato de Estudiantes  
*Programa de Intercambio*  
Tel: (787) 265-3896

Para uso oficial:

[ ] Aceptado

[ ] Denegado

## SOLICITUD ACUERDOS DE COLABORACIÓN

**Universidad donde desea realizar estudios:**

1.

### 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: _____	
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:

1er. Semestre \_\_\_\_\_

Año académico \_\_\_\_\_

2do. Semestre \_\_\_\_\_

verano \_\_\_\_\_

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 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  
*Programas 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) de los Programas 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				

