

HOJA DE COTEJO
Programa de Intercambio UPRM
Acuerdos de Colaboración

	1. Completar la Solicitud del Programa de Intercambio. (nuestra oficina le proveerá este documento).
	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.
	4. Una carta de recomendación de un profesor/a del RUM. (nuestra oficina le proveerá este documento).
	5. Fotocopia del pasaporte.
	6. 1 foto (el tamaño va a depender de las especificaciones de la universidad huésped).
	7. Transcripción de créditos con notas más recientes y/o cursos en progreso.
	8. Pago Cuota de Participación.



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 _____

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 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				

Comentarios adicionales que puedan ayudar en la evaluación del estudiante.

Nombre del Profesor(a)	Facultad y Departamento
Firma	Fecha

Favor regrese la misma a:

Programas de Intercambio UPR-Mayagüez Centro de Estudiantes Oficina 409
--