

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
INTERCAMBIO INTERNACIONAL
PREGRADO**

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

CÓDIGO: _____ TEL: _____ CEL: _____

NACIONALIDAD(ES): _____ No. DE CÉDULA: _____

E-MAIL: _____ No. DE PASAPORTE: _____

CARRERA: _____ SEMESTRE QUE CURSA: _____

COLEGIO DEL QUE SE GRADUÓ: _____

PAÍS DE DESTINO: _____

UNIVERSIDAD DE DESTINO: _____

___ DOBLE TITULACIÓN ___ SEMESTRE UNIVERSITARIO ___ AÑO UNIVERSITARIO

___ EXPERIENCIA INTERNACIONAL EN MEDICINA. ¿Cuál? _____

FECHA DE INICIO DEL PROGRAMA: _____

FECHA DE TERMINACIÓN DEL PROGRAMA: _____

NOMBRE Y PARENTESCO DE QUIEN FINANCIA LOS COSTOS DEL PROGRAMA:

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

PADRE

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

EMAIL: _____

TELÉFONO: _____

MADRE

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

EMAIL: _____

TELÉFONO: _____