



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Medicina
Humana

SOLICITUD DE INTERCAMBIO

Favor de usar letra imprenta.

1.- Nombre
Completo _____

2.- Dirección _____
Calle y No

Distrito Ciudad Estado
Código Postal Teléfono en casa Celular Personal

3.- Correo electrónico INSTITUCIONAL:

Correo electrónico
PERSONAL: _____

4. Teléfono domicilio: _____ Teléfono celular:

5.-Código del estudiante _____ Año actual _____

Orden de Mérito _____/_____ Promedio General _____

8.- Lugar de nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento:
____/____/____

9.- Número de pasaporte _____

10.- Persona a quien avisar en caso de emergencia:



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Medicina
Humana

Nombre (s): _____

Dirección: _____

Teléfono (domicilio y celular): _____

Parentesco: _____

11.- Deseo ir a: (en orden de preferencia):

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

6.- _____

7.- _____

8.- _____

9.- _____

10.- _____



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Medicina
Humana

Estoy de acuerdo con las Condiciones Generales para la tramitación y realización del Intercambio y que a continuación se detallan:

- a) Colaboraré con la Oficina de Extensión y Proyección Universitaria para proveer todos los documentos requeridos en las fechas establecidas para que se lleve a cabo el Intercambio Estudiantil.
- b) Me inscribiré en los cursos que me sean autorizados para cursar mi intercambio y en fechas que no perjudiquen mi actividad académica en la FMH USMP.
- c) Cumpliré con el horario establecido y cronograma de trabajo coordinado.
- d) La Oficina de Extensión y Proyección Universitaria recibirá el registro oficial de calificaciones, en el formato de evaluación de las materias que curse en el extranjero en los casos en los que corresponda.
- e) Realizaré un informe final de la rotación, en el formato oficial.
- f) Si deseara convalidar la rotación por el curso electivo de rotación externa, pagaré los 2 créditos que dichos cursos generen en un verano o ciclo regular.
- g) Entiendo que debo colaborar en todo lo que de este procedimiento se derive.
- h) Adquiriré un seguro de gastos médicos mayores que me proteja de algún siniestro o enfermedad en el lugar de mi intercambio y que incluya la repatriación de restos.
- i) Acepto que la duración de mi intercambio está limitado a un periodo determinado. La solicitud de extensión está sujeta a la autorización de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres y en función al desempeño que observe durante mis estudios en la universidad anfitriona. Sabiendo que si lo hago, es posible que pierda clases o deba reservar matrícula.
- j) Mi intercambio puede ser cancelado por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres o por la universidad anfitriona en caso de que mi desempeño sea inadecuado y/o por incurrir en cualquier infracción sancionada por los reglamentos, normas y procedimientos establecidos por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres o la universidad anfitriona, y me obligo a observar cabalmente las leyes del país anfitrión.
- k) Es de mi conocimiento que la Facultad de Medicina Humana de La Universidad de San Martín de Porres no es responsable de realizar ningún procedimiento o trámite relacionado con mi alojamiento. El tipo de alojamiento que tendré, si soy aceptado, lo gestionaré con el prestador de servicios que libremente yo elija.
- l) Solicitaré la visa de estudiante ante la embajada o consulado correspondiente, siempre que esta sea necesaria, siguiendo las instrucciones que para ello reciba. Sé que para este trámite, deberé esperar a tener la carta de aceptación de la universidad extranjera.
- m) El trámite de visa es estrictamente personal y proveeré todo lo necesario para la obtención del documento que me permita realizar mi viaje conforme a las leyes del país que visite. No hacerlo puede generar la cancelación de mi intercambio.
- n) Estoy consciente de que esta oportunidad de realizar estudios en el extranjero no está exenta de múltiples y diversos riesgos como daño o pérdida de mis pertenencias, daño a mi persona por accidente, enfermedad o en caso extremo, incapacidad física, moral o psicológica permanente e inclusive deceso. Por lo anterior, asumo la responsabilidad de los riesgos en todos los sentidos, tanto implícitos como explícitos, que de mi participación a este programa se deriven, tomando en consideración que mi decisión es totalmente voluntaria.
- o) Bajo compromiso de decir la verdad, declaro que me encuentro totalmente apto (a), física y mentalmente, para participar en este programa y asumo la responsabilidad de los gastos y reparación del daño que resulten de los actos contra personas o bienes por acción voluntaria, involuntaria o negligencia de mi parte. En relación a lo anterior, exonero de cualquier responsabilidad a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres y/o a cualquier miembro de su personal.



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Medicina
Humana

Declaro haber completado correctamente esta solicitud. Manifiesto que he entendido todo lo leído y lo acepto.

Firma del solicitante

Fecha