

IMPRESO DE LLEGADA A MADRID

OFICINA DE RELACIONES INTERNACIONALES

Alumno/a visitante
PROGRAMA INTERCAMBIO POR CONVENIOS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

Nº de pasaporte _____ **Fecha Nacimiento** _____
(adjuntar copia si no se ha hecho)

UNIVERSIDAD DE ORIGEN: _____

PERIODO DE ESTANCIA:

FECHA DE LLEGADA A MADRID: _____

FECHA PREVISTA DE SALIDA: _____

DATOS DURANTE EL INTERCAMBIO:

Dirección en Madrid: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____

Datos de otra persona de contacto: _____

DATOS ACADÉMICOS:

FACULTAD/ES DE LA UCM DONDE DESEA CURSAR ESTUDIOS DE GRADO _____

Se debe entregar en la oficina de Relaciones Internacionales la hoja azul con las asignaturas matriculadas

SEGURO MÉDICO: (entregar copia en la oficina de Relaciones Internacionales)

Empresa con la que ha contratado: _____

Periodo _____ Teléfono _____

NOTA: rogamos nos envíe un correo electrónico a conveniosin@rect.ucm.es en caso de modificación de datos.