



Programa para estudiantes del extranjero / Student exchange application		
<input type="checkbox"/> <b>Pregrado</b> Undergraduate	<input type="checkbox"/> AUSJAL	<input type="checkbox"/> <b>Convenio bilateral de intercambio</b> Bilateral exchange agreement
<input type="checkbox"/> <b>Posgrado</b> Graduate	<input type="checkbox"/> ODUCAL	<input type="checkbox"/> <b>Estudiante visitante</b> Visiting student
Período de Intercambio / Exchange Period		
<input type="checkbox"/> <b>Primavera (enero-mayo)</b> Spring (january-may)	<input type="checkbox"/> <b>Interciclo (junio-julio)</b> Summer (june-july)	<input type="checkbox"/> <b>Otoño (agosto-noviembre)</b> Fall (august-november)

Datos generales / general information	
<b>Apellidos</b> Last name	<b>Nombre</b> First name
<b>Nacionalidad</b> Citizenship	<b>No. de Pasaporte</b> Passport number
<b>Correo electrónico</b> E-mail	<b>Teléfono celular</b> Personal cell phone
<b>Dirección postal</b> Postal address	

Información de la universidad de origen / Home university	
<b>Universidad</b> University	
<b>Facultad</b> Faculty	
<b>Carrera</b> Career	
<b>Último semestre aprobado</b> Last semester approved	<b>Promedio</b> Average

**Información de la oficina internacional de la Universidad de origen /  
Information from the international office at your home university**

**Encargado de intercambio**  
Exchange program advisor

**Correo electrónico**  
E-mail

**Teléfono**  
Phone

**Dirección postal**  
Address

**Contacto en caso de emergencia / Contact in case of emergency**

**Nombre del encargado**  
Name

**Parentesco**  
Relationship

**Teléfono**  
Phone

**Correo electrónico**  
E-mail

**Información médica / Health information**

**Tipo de sangre**  
Blood type

**Poliza de seguro**  
International Insurance policy

**Alergias**  
Allergies

**¿Poseé alguna enfermedad?, explique.**  
Do you have any disease?, explain.

**¿Poseé alguna limitación física? explique.**  
Do you have any physical limitations?

**¿Ha sido tratado por alguna limitación emocional o mental?**  
Have you ever been treated for a psychological or emotional limitations?

**Asignaturas por matricular / Learning agreement**

Universidad de origen / Home institution		Universidad destino / Receiving institution	
Nombre del curso / Course title	Créditos / Number of ECTS credits	Nombre del curso / Course title	Créditos / Number of ECTS credits

## Requisitos específicos / Necessary documentation

- Formulario de intercambio URL**  
Students exchange application URL
- Ensayo de (una página o 500 palabras) en español sobre tu motivación personal o profesional para realizar el intercambio.**  
500 word essay about your personal or professional motivation for this student exchange
- Certificado de cursos aprobados de la universidad de origen**  
Certificate of approved courses
- Formulario de intercambio de la universidad de origen**  
Students exchange application URL
- Fotocopia de datos del pasaporte vigente**  
Passport photocopy
- Póliza de seguro médico con cobertura internacional**  
International Insurance policy
- Comprobante de dominio del idioma español nivel intermedio.**  
Spanish language proficiency certificate
- Portafolio (solamente para estudiantes de la Facultad de Arquitectura y Diseño)**  
Portfolio (Students of Architecture and Design Faculty only)

## Condiciones generales / General agreement

Estoy de acuerdo con las condiciones generales siguientes para la tramitación de mi intercambio:

1. Colaboraré con la URL para promover los programas de intercambio, durante el semestre de mi intercambio.
2. **Acepto que las asignaturas a cursar en la URL dependen de la autorización del director y/o coordinador responsable del programa académico.**
3. Cualquier movimiento de asignaturas (altas y/o bajas) procederé a notificarlo a la Coordinación de mi carrera y a la Coordinación de Becas e Intercambios en URL para obtener la autorización y modificación posterior.
4. Al finalizar el intercambio URL enviaré el registro oficial de calificaciones a la Coordinación de Intercambios de la universidad origen, para que se realice la acreditación correspondiente de los cursos.
5. **Me comprometo a contratar un seguro médico con cobertura internacional, que me proteja en el país anfitrión.**
6. Acepto que la duración de mi intercambio está limitada a un semestre académico (prorrogable a dos). La solicitud de extensión del mismo está sujeta a la autorización de DICA basada en el desempeño que demuestre durante mis estudios. La universidad origen se encargará de solicitar esta prórroga a la URL, quien en su momento oportuno aceptará o rechazará mi petición.

7. Mi intercambio puede ser cancelado por URL ó la universidad de origen, en caso mi desempeño académico sea inadecuado y/o por incurrir en cualquier infracción a los reglamentos, normas y procedimientos establecidos por la URL. Así también, me obligo a observar las leyes del país anfitrión.
- 8. Obtendré por mi cuenta la documentación migratoria requerida para el intercambio.**
9. Autorizo a DICA para que posterior a mi intercambio proporcione mis datos a otros alumnos de URL interesados en hacer un intercambio académico y requieran orientación.
10. Estoy consciente 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 o deceso. Por lo anterior, asumo la responsabilidad de los riesgos explícitos e implícitos y en todos los sentidos que de mi participación en este programa se deriven, tomando en consideración que mi decisión es totalmente voluntaria.
- 11. Bajo protesta de decir 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 mis actos contra personas o bienes por acción voluntaria, involuntaria o negligencia de mi parte. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad a URL o a cualquier miembro de su personal.**

Fecha  
Date

---

**Firma del estudiante**  
Student's signature

---

**Firma del funcionario en oficina internacional,  
Universidad de origen**  
Department Coordinator's signature,  
Home University

---

**Firma del funcionario en la oficina internacional,  
Universidad Rafael Landívar**  
Department Coordinator's signature,  
Universidad Rafael Landívar

---

## Remita este formulario a / Send this form to:

Universidad Rafael Landívar  
Dirección de Cooperación Académica  
Vicerrectoría Académica. Edificio J, oficina 400.  
Vista Hermosa III, Campus Central, zona 16.  
Código Postal: 01016 Guatemala, C.A.  
PBX: (502) 2426 2626, ext. 62569  
rclopez@url.edu.gt