**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**MOVILIDAD VIRTUAL UNIVERSIDAD CENTRAL DE CHILE**

DATOS DEL POSTULANTE:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |
| DNI y/o Pasaporte |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Dirección (Ciudad, País): |  |
| N° Teléfono celular: |  |
| Mail: |  |
| Nombre de la Asignatura para cursar en movilidad virtual: |  |

DATOS ACADÉMICOS UNIVERSIDAD DE ORIGEN:

|  |  |
| --- | --- |
| Carrera: |  |
| Universidad: |  |
| Semestre que cursa: |  |
| Nombre Coordinador o Responsable Oficina de Relaciones Internacionales: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| N° Teléfono Celular: |  |