**SOLICITAÇÃO PARA MOBILIDADE ACADÊMICA**

**1) Entregar na Assessoria de Relações Institucionais (ARI), sala 02 no Campus D. Idílio José Soares entre 8h – 12h e 14h – 18h. Em outros horários, entregar na secretaria acadêmicas de ambos os *campi;***

**2) Solicitar histórico acadêmico atualizado na secretaria de seu *campus*;**

**3) Após a entrega, aguarde a ARI entrar em contato exclusivamente por e-mail.**

**1. Programa pretendido**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **CONVÊNIO DE ACORDO BILATERAL** | **País de destino:**  **Instituição:** | | **CIÊNCIA SEM FRONTEIRAS** | **País:**  **CSF Edital nº:**  **CSF Processo nº** | |
| Teve participação em outros programas de mobilidade:  SIM  NÃO |
| Já realizou viagens ao exterior:  SIM  NÃO |

**2. Dados Pessoais**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome do aluno: | | |
| Nacionalidade:  Cidadania (s): | Nº Passaporte:  2º Passaporte: | |
| Documento de Identidade: | | CPF: |
| Data de Nascimento: | | Sexo:  F  M |
| Endereço:   |  |  | | --- | --- | | Bairro: | Cidade: | | Estado: | CEP: | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Res:() | Com: () | | Cel: () | E-mail: |   Contatos | | |

**3. Dados Acadêmicos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nº Matrícula: | | |
| Curso: | |  |
| Coordenador: | |  |
| Semestre atual: | Período: M  T  N | |

**4. Idiomas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Inglês: | Fluente | Avançado | Intermediário | Básico |
| Espanhol: | Fluente | Avançado | Intermediário | Básico |
| Outro: | Fluente | Avançado | Intermediário | Básico |

**7. Dados da instituição de Destino.**

|  |
| --- |
| Nome da Instituição: |
| Curso: |
| Período pedido para mobilidade:  1º Semestre  2º Semestre |

**CIÊNCIA DO ESTUDANTE:**

Estou ciente de que este formulário é o início de um processo de seleção, não me assegurando, até a decisão favorável final (Carta de Aceitação), uma vaga no Programa Institucional de Mobilidade Acadêmica. Confirmo também conhecer a regra institucional que indefere candidaturas quando da existência de dependências acadêmicas.

**MOBILIDADE POR CONVÊNIOS DE COOPERAÇÃO:**

Estou ciente ainda que, se for selecionado para o Programa de Mobilidade Acadêmica, deverei arcar com as despesas de passagem aérea, hospedagem, alimentação e eventuais gastos que puderem ocorrer em razão de minha viagem.

**PARA ALUNOS NO CIÊNCIA SEM FRONTEIRAS:**

Estou ciente de que a cobertura de gastos está prevista dentro do programa do Ciência sem Fronteiras, não cabendo a Universidade Católica de Santos arcar com estes ou definir a abrangência de sua cobertura.

Assinatura do aluno estudante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_