|  |
| --- |
| **UNIVERSIDAD MAYOR****PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL INTERNACIONAL (PASANTÍAS)****INTERNATIONAL STUDENT MOBILITY PROGRAM (SHORT INTERNSHIPS)** |

|  |
| --- |
| **CALENDARIO ACADÉMICO / ACADEMIC CALENDAR** |
| **Semestre***Semester* | **1° Semestre / 1° Semester** | **2° Semestre / 2° Semester** |
| **Plazo de Postulación***Application Deadline* | **31 de Octubre / October 31st**  | **28 de Abril / April 28th**  |
| **Principio y Fin de Semestre****(incluyendo fecha de exámenes)**Beginning and Ending of the Semester(Including exam dates) | **Marzo a julio/ March to July** | **Agosto a diciembre / August to December** |

**CHECK LIST**

[ ]  **Carta de presentación desde la Dirección de Relaciones Internacionales de la Universidad de origen del estudiante** (*Presentation cover letter from the student’s Home University International Relations Office)*

[ ]  **Formulario de postulación** de Universidad Mayor.  *(Application Form)*

[ ]  **Historial de Notas en inglés o español** *(Transcript of Records in English or Spanish)*

[ ]  **Fotocopia del Pasaporte** (*Passport Photocopy)*

[ ]  **1 (una) Fotografía,** e*n formato, JPG en Paint.*

* *Tamaño debe ser solo de 800 Vertical x 600 Horizontal pixeles*
* *Fotografía solo de cara*
* *Fondo Blanco*
* *Semiformal o delantal blanco*

[ ]  **Carta de Solvencia Económica** (Carta simple firmada por el responsable que financiará la estadía del estudiante comprometiéndose a cubrir los gastos que el alumno incurrirá mientras esté en Chile).

*Sponsor Letter of economic solvency from the party financially responsible for the student’s stay, in which said party pledges to cover all the expenses the student may incur while in Chile.*

[ ]  **Certificate of Spanish proficiency equivalent to level B.2** (620 to 675 classroom hours) according to CEFR. Students selected to study at Universidad Mayor have to be able to follow university lectures in Spanish, participate in seminar discussions and understand written material in their field. **Mandatory for students whose first language does not correspond to Spanish.**

[ ]  **Copia Seguro Médico en inglés o español** (Este es el único documento que no es obligatorio enviar por ahora, se puede enviar al menos con dos semanas de antelación a la llegada del estudiante a Chile.

*Copy of Health Insurance in English or Spanish. (This is the only document that is not mandatory to send for now) it can be sent up to two weeks prior the student’s arrival in Chile).*

**Tasa de Intercambio:** Cada estudiante deberá pagar a Universidad Mayor el equivalente en pesos chilenos a US$ 60, una vez que sea aceptado para participar del programa de movilidad estudiantil. Este monto se atribuye a la gestión de intercambio y gestión de la Dirección de Relaciones Internacionales. Si el estudiante no efectúa el intercambio, dicho monto no será reembolsado

***Exchange Fee:*** *Each student should pay Universidad Mayor the equivalent of US$ 60 in Chilean Pesos once he or she is accepted to participate of the student mobility program. This payment corresponds to exchange and International Relations Office management. If the student cannot participate of the exchange program, said payment will not be reimbursed.*

**IMPORTANTE:**

***Es responsabilidad del alumno y su universidad de origen averiguar si el consulado de Chile en su país está otorgando la visa de estudiante, antes de postular al intercambio en Universidad Mayor.*** *The student and its home university are responsible of finding out if the Chilean consulate in their country is issuing the student visa, before applying to the exchange program at Universidad Mayor.*

***Seguro Médico / Ticket de Viaje:*** *Se recomienda comprar estos documentos después de recibir la carta de aceptación al intercambio en U. Mayor. El seguro médico debe tener cobertura a todo evento incluyendo pandemia.*

***Health Insurance/Travel Ticket:*** *It is recommended to buy these documents after receiving the letter of acceptance to the exchange at U. Mayor. Health insurance must cover all events including pandemic.*

***Se recomienda revisar constantemente la página web del Ministerio de Relaciones Exteriores*** [***https://chile.gob.cl/chile***](https://chile.gob.cl/chile) ***para informarse sobre los cambios en la apertura de fronteras y validación de vacunas del Coronavirus en Chile. La modalidad presencial de intercambio puede sufrir modificaciones, dependiendo de las restricciones sanitarias.***

*It is recommended to check constantly the Ministry of Foreign Affairs’ web page* [*https://chile.gob.cl/chile*](https://chile.gob.cl/chile) *to know more about the modifications regarding the border opening and vaccine validation for Coronavirus in Chile. The in-person exchange modality may undergo changes, depending on the sanitary restrictions.*

**La Universidad de Origen del estudiante debe enviar todos documentos de postulación a Universidad Mayor vía e-mail a** **carolina.montiel@umayor.cl****;** **roxana.bolbaran@umayor.cl****. Si no ha recibido una notificación sobre su postulación en una semana, por favor, reenvíela. De lo contrario, no será considerada.**

*The student’s Home University should send the application documents to Universidad Mayor by e-mail to***carolina.montiel@umayor.cl****;** **roxana.bolbaran@umayor.cl****.** *If you have not received a notification about your application in a week, please, send it again. Otherwise, it will not be considered.*

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN AL INTERCAMBIO SEMESTRAL (PASANTÍAS)**

 ***Semester-Long Exchange Application Form (Short Internships)***

|  |
| --- |
| **Información Académica / *Academic Information*** |
| **Universidad de Origen /** Home University |       |
| **País /** Country |       |
| **Área de Estudios (Carrera) /** Study Area (Program) |       |
| **¿Tiene beca monetaria para realizar su intercambio? /** Do you have an exchange scholarship? | **[ ]** Sí / Yes (Especifique cuál/ Specify which)      **[ ]** No |
| **Fecha para la pasantía /** Internship Dates | Desde/From      | Hasta/ To      |
| **Sede** | Santiago **[ ]**  | Temuco **[ ]**  |

**Plan académico para realizar en la pasantía:**

**Academic plan to achieve on your short time internship:**

|  |
| --- |
| **Información Personal del Estudiante / *Student’s Personal Information*** |
| **Nombres/***Given Names* |       |
| **Apellidos/***Last Names* |       |
| **Género** */ Gender* | **Femenino/**Female **[ ]**  | **Masculino/**Male **[ ]**  |
|  |
| **E-mail 1 (Gmail or Hotmail OBLIGATORIO/** MANDATORY**)** |       |
| **E-mail 2 OBLIGATORIO/** MANDATORY |       |
| **N° de Pasaporte (OBLIGATORIO)/** Passport N° (MANDATORY) |  |
| **Fecha de Nacimiento/**Date of Birth | dd       | mm       | aaaa       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dirección** (Address) |       |
| **Ciudad** (City) |       |
| **Estado o Provincia** (State or Province) |       |
| **País (Country)** |       |
| **Código Postal** (Postal Code) |       |
| **Teléfono /** (Phone Number) | **Código País** (Country Code) |       | **Teléfono** (Phone Number) |       |

|  |
| --- |
| **Declaración del Estudiante / *Student Statement*** |

He leído y contestado todas las preguntas de esta solicitud de manera completa y fidedigna. En caso de ser admitido en la Universidad Mayor, estoy de acuerdo en seguir su reglamento, así como el de la Facultad a la que asista.

*I have read and answered all the questions of this document thoroughly. If admitted at Universidad Mayor, I agree to follow its regulations, as well as those of the Faculty I will assist.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha / Date** |  | **Firma Alumno / Student’s Signature** |

|  |
| --- |
| **Declaración de la Universidad de Origen / *Home University Statement*** |

Autorizo al estudiante, a participar en Programa de Intercambio Académico (Pasantía) entre la Universidad Mayor y nuestra Institución.

*I authorize the student to participate in the Academic Exchange Program (Internship) between Universidad Mayor and our Institution.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de quien autoriza el intercambio */****Name of who authorizes the exchange* |       |
| **Cargo/** *Position* |       |
| **E-mail** |       |
| **Fecha/***Date* |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma /Signature**  |  | **Sello/Stamp** |

|  |
| --- |
| **Contacto de Universidad de Origen / *Home University Contact*** |

* **Esta sección debe completarla el equipo de Relaciones Internacionales de su Universidad (no profesores ni directores de facultad). Esta información es muy importante, porque es el contacto que registraremos en nuestra base de datos.**
* **This section must be completed by the International Relations staff of your Home University (not professors or faculty directors). This information is very important, because it is the contact that we will register in our database.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordinador(a) Relaciones Internacionales /** International Relations Coordinator |       |
| **E-mail** |       |
| **Dirección** (Address) |       |
| **Ciudad** (City) |       |
| **Estado o Provincia** (State or Province) |       |
| **País** (Country) |       |
| **Código Postal** (Postal Code) |       |
| **Teléfono /**Phone number | **Código País****(Country Code** |       | **Teléfono**(Phone Number) |       |

|  |
| --- |
|  |

**FORMULARIO CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ALUMNO**

***Student’s Emergency Contact Form***

|  |
| --- |
| **Información Médica del Estudiante / *Student’s Health Information*** |
| **Contraindicaciones Médicas /** **Medical Contraindications** | Yes **[ ]**  | No **[ ]**  | Especifique / Specify:       |
| **Alergias / *Allergies***  | Yes **[ ]**  | No **[ ]**  | Especifique / Specify:       |
| **Operaciones / *Surgeries*** | Yes **[ ]**  | No **[ ]**  | Especifique / Specify:       |
| **Discapacidad*****Disability*** | Yes **[ ]**  | No **[ ]**  | Especifique / Specify:       |
| **Vacuna contra Coronavirus/** ***Coronavirus Vaccine*** | Especifique cuál / Specify which:       |
| **Grupo Sanguíneo/*Blood Type*** |       |

|  |
| --- |
| **Datos Personales Contacto 1 / *Contact 1 Personal Information*** |
| **Nombres/**Given Names |       |
| **Apellidos/**Last Names |       |
| **Relación con el estudiante** (padre, madre, tutor, etc) **/ Relationship with the student** (father, mother, guardian, etc.) |       |
| **Dirección /** Address |       |
| **E-mail 1 OBLIGATORIO/** MANDATORY |       |
| **E-mail 2 OBLIGATORIO/** MANDATORY |       |
| **Teléfono /** Phone Number | **Código País (Country Code)** |       | **Teléfono** **(Phone Number)** |       |

|  |
| --- |
| **Datos Personales Contacto 2 / *Contact 2 Personal Information*** |
| **Nombres/**Given Names |       |
| **Apellidos/**Last Names |       |
| **Relación con el estudiante** (padre, madre, tutor, etc) **/ Relationship with the student** (father, mother, guardian, etc.) |       |
| **Dirección /** Address |       |
| **E-mail 1 OBLIGATORIO/** MANDATORY |       |
| **E-mail 2 OBLIGATORIO/** MANDATORY |       |
| **Teléfono /** Phone Number | **Código País (Country Code)** |       | **Teléfono** **(Phone Number)** |       |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES DEL SEGURO MÉDICO/** *HEALTH INSURANCE INFORMATION* |

Si ya tiene Seguro Médico, conteste la siguiente información. De lo contrario, puede enviarla hasta dos semanas antes de su llegada a Chile.

*If you already have a Health Insurance, please fill out the following information. Otherwise, you can send it up to two weeks before your arrival in Chile.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Compañía /** Company’s Name |       |
| **N° Póliza /** Policy N° |       |
| **Duración del Seguro Médico /** Health Insurance Duration |       |
| **Fono Contacto Servicio al Cliente/**Call Center Phone |       |

**Por favor revise que su seguro médico cubra los siguientes ítems / *Please, check that your Health Insurance covers the following items***

[ ]  Visitas y Consultas Médicas / Medical Visits and Consultations

[ ]  Atención Dental / Dental Attention

[ ]  Exámenes / Examinations

[ ]  Radiografías / X-rays

[ ]  Hospitalización / Hospitalization

[ ]  Repatriación / Repatriation

[ ]  Pandemia / Pandemic

|  |
| --- |
| **CERTIFICACIÓN SEGURO MÉDICO (OBLIGATORIO) /** *HEALTH INSURANCE STATEMENT (MANDATORY)* |

Certifico que el estudiante viajará a Chile para realizar su Intercambio Internacional a Universidad Mayor con su Seguro Médico vigente, desde que abandona su país de origen hasta que termine su período de estancia en Chile.

*I certify that the student will travel to Chile for its International Student Exchange at Universidad Mayor with its valid Health Insurance, since the student leaves its home country until the end of its stay period in Chile.*

|  |  |
| --- | --- |
| **En su Universidad: Nombre de quien certifica */*** *In your University: Name of who certifies it* |       |
| **Cargo/** *Position* |       |
| **E-mail** |       |
| **Fecha/***Date* |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma /Signature**  |  | **Sello Universidad / University Stamp** |

**NOTA:** Copia del Seguro Médico: debe enviarla por correo electrónico a U. Mayor con dos semanas de anticipación del viaje a Chile.

**NOTE:** Copy of Health Insurance: you should send it via e-mail to U. Mayor up to two weeks before your arrival in Chile.

|  |
| --- |
| **Letter of Consent and Financial Stability** |

Date      (dd),     (month), 20     (aa)

I hereby acknowledge my acceptance for my son / daughter:     , a student of       Passport or ID Nº       to participate in the Universidad Mayor Student Exchange Program during the 1st semester or/and 2nd semester, of   (year). At the same time, I take full responsibility for my son’s or daughter’s behavior during his or her stay at the host university and for the coverage of the costs incurred in the program (travel, accommodation, medical insurance, etc.)

Yours sincerely,

|  |
| --- |
| **Carta de Consentimiento y Solvencia Económica** |

Fecha      (dd) de     (mes) de 20     (aa).

Por medio de la presente manifiesto mi aceptación para que mi hijo (a):      estudiante de       Pasaporte o ID Nº       participe en el programa de Intercambio Estudiantil en Universidad Mayor durante el 1er Semestre y/o 2do semestre      (año). De la misma manera asumo toda responsabilidad en el comportamiento de mi hijo (a) durante su estancia en la universidad anfitriona y en la cobertura de los costos que este programa requiera (traslado, alojamiento, seguro médico, etc.)

Les saluda atentamente,

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Padre o Tutor***Name of Parent or Guardian* | **Firma del Padre o Tutor***Signature of Parent or Guardian* |