



UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

**Assessoria de Relações Interinstitucionais e Internacionais**

Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – Bairro Petrópolis – CEP 95070-560 – Caxias do Sul – RS – Brasil  
Telefone / Telefax PABX (54) 3218 2318 – E-mail internacionais@ucs.br – www.ucs.br



**INSCRIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE MOBILIDADE ACADÊMICA  
INTERNACIONAL – INTERCÂMBIO DE ESTUDANTES**

**1. Dados do programa**

Nome do programa: \_\_\_\_\_

Período de realização: \_\_\_\_\_

**2. Dados pessoais**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Número do passaporte: \_\_\_\_\_

Número do documento de identidade: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

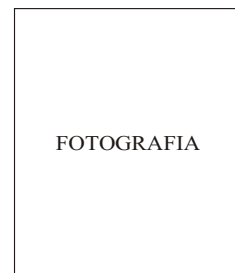
Lugar e país de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_



FOTOGRAFIA

**3. Dados da instituição de origem**

Nome da unidade universitária: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Nome completo do atual curso acadêmico: \_\_\_\_\_

Número total de créditos do curso/carga horária: \_\_\_\_\_

Número total de créditos cursados/carga horária: \_\_\_\_\_

Desempenho acadêmico: \_\_\_\_\_

Número do cadastro: \_\_\_\_\_

Nome do coordenador do curso: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**4. Dados da instituição de destino**

Nome da instituição de destino: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome completo do curso acadêmico: \_\_\_\_\_

Número total de créditos: \_\_\_\_\_ Carga horária total: \_\_\_\_\_

Duração dos estudos: ( ) 1 Semestre ( ) 1 Ano

## 5. Relação das disciplinas

Disciplina na Universidade Estrangeira	Nº de créditos/ Carga Horária	Disciplina equivalente na UCS	Nº de créditos/ Carga Horária
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

## 6. Declaração de compromisso

Aceito as condições do Programa de Mobilidade Acadêmica Internacional e me comprometo a cumpri-las, caso seja selecionado, assumindo inclusive as responsabilidades financeiras decorrentes.

\_\_\_\_\_

Assinatura do aluno / Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do pai ou responsável / Data

## 7. Autorizações

### Coordenação do Curso:

Nome do coordenador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

### Pró-Reitoria Acadêmica:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

### Assessoria de Relações Interinstitucionais e Internacionais:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_