



## Solicitud de apoyo Programa Movilidad Estudiantil Internacional CONARE

1. \_\_\_\_\_  
Nombre                      Primer Apellido                      Segundo Apellido                      Carné
  2. Categoría de beca **socioeconómica** vigente \_\_\_\_\_
  3. Sexo: F ( ) M ( )
  4. Número de identificación personal \_\_\_\_\_  
Cédula de Identidad \_\_\_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_\_ Cédula de Residencia \_\_\_\_\_ Carné de Refugiado \_\_\_\_\_
  5. Indique la carrera con la que se relaciona la actividad \_\_\_\_\_
  6. Sede: \_\_\_\_\_
  7. Se encuentra inscrito en 2 o más carreras SÍ ( ) NO ( )
  8. Números telefónicos: \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (otro)
  9. Dirección electrónica: \_\_\_\_\_@ucr.ac.cr
  10. Nombre de la actividad en la que participará (aportar invitación, objetivos, lugar y fechas de realización, costos de inscripción )  
\_\_\_\_\_
  11. Institución organizadora de la actividad: \_\_\_\_\_
  12. Idioma oficial de la actividad: Español ( ) Pase al punto 13 Otro (Indicar) \_\_\_\_\_
- Cuenta la actividad con traducción simultánea:
- SÍ ( )
- NO ( ) Indique sus atestados de conocimiento del idioma de la actividad \_\_\_\_\_
13. Fecha de salida del país \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_
  14. País de destino: \_\_\_\_\_
  15. Requiere visa SI ( ) NO ( )
  16. Requiere vacunas u otros requisitos (especificar) \_\_\_\_\_

**17. Costos de la actividad (en dólares)**

CONCEPTO		COSTO TOTAL \$	MONTO SOLICITADO \$	OTROS APORTES \$
<b>Pasajes *Debe indicar en el costo total el promedio de las 3 proformas</b>				
1. Línea área _____	Costo \$ _____			
2. Línea área _____	Costo \$ _____			
3. Línea área _____	Costo \$ _____			
Hospedaje No. de días ( )				
Tarifa incluye desayuno si ( ) no ( )				
Alimentación	Desayunos ( ) indicar número			
	Almuerzos ( ) indicar número			
	Cenas ( ) indicar número			
Inscripción al evento				
Pasaporte				
Visa de ingreso al país de destino				
Seguro Estudiantil **				
Transporte interno				
Otros (vacunas, talleres precongreso, entre otros) Indicar _____				
TOTAL				

\*\* El seguro estudiantil o póliza: debe incluir seguro de gastos médicos, hospitalización, evacuación medica y repatriación de cuerpo.

**18. Ha solicitado apoyo para esta actividad al Fondo de Apoyo Financiero Complementario**

SI ( ) NO ( )

**19. Ha sido usted beneficiado por este Programa SI ( ) \_\_\_\_\_ NO ( )**  
(Indique ciclo y año de disfrute)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha