



### 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<br>TOTAL \$ * | MONTO<br>SOLICITADO \$ | OTROS<br>APORTES \$ |
|--|------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| Pasajes (Verificar si el costo incluye, impuestos de salida y equipaje, de lo contrario debe solicitarlo en el rubro de Otros) |                              |                     |                        |                     |
| 1. Línea área _____  | Costo \$ _____               |                     |                        |                     |
| 2. Línea área _____  | Costo \$ _____               |                     |                        |                     |
| 3. Línea área _____  | Costo \$ _____               |                     |                        |                     |
| <b>*Debe indicar en el costo total el promedio de las 3 proformas</b>  |                              |                     |                        |                     |
| 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)<br>Indicar _____  |                              |                     |                        |                     |

\*\* 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