

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 \$
Pasajes *Debe indicar en el costo total el promedio de las 3 proformas				
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				
Prueba COVID-19 (según los requerimientos del país de destino)				
Otros (vacunas, talleres precongreso, entre otros) Indicar _____				

** El seguro estudiantil o póliza: debe incluir seguro de gastos médicos, hospitalización, evacuación medica y repatriación de cuerpo. Además debe cubrir con respecto a la COVID-19: a) Reembolso de gastos médicos por positivo de covid-19. b) Alojamiento por positivo o caso sospechoso o nexa, c) Repatriación de restos mortales por causa de COVID 19.

18. Ha solicitado apoyo para esta actividad al Fondo de Apoyo Financiero Complementario
SI () NO ()

19. Ha sido usted beneficiado por el Programa Movilidad Estudiantil Internacional CONARE
SI () _____ NO () **(Indique ciclo y año de disfrute)**

Firma

Fecha