

## 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 <b>*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  |                              |                   |                        |                     |
| Prueba COVID-19 (según los requerimientos del país de destino)                |                              |                   |                        |                     |
| 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. 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