 

(Fotografia)

**PEDIDO DO ESTUDANTE. PROGRAMA CIÊNCIA SEM FRONTEIRAS. CURSO: 2013/2014**

**UNIVERSIDADE DE ORIGEM**:

Endereço:

Tel. /Fax:

Unidade Administrativa/Serviço de contato:

**Coordenador do programa de intercâmbio**

D.       Cargo Institucional:

Endereço:

Tel.:       Fax:       E-mail:

**UNIVERSIDADE DE DESTINO:**

Universidade Miguel Hernández de Elche

Serviço de contato: Oficina de Movilidad

Edif. Rectorado y Consejo Social - Avenida de la Universidade, s/n. 03202 - Elche - España

Tel.: +34 966 658 710 / Fax: +34 966 658 705 / e-mail: [movilidad@umh.es](mailto:movilidad@umh.es)

**DADOS DO ESTUDANTE DE INTERCÂMBIO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sobrenomes |  | | | | | | Nome | |  |
| Data de nascimento |  | | Sexo:  M  F | | | | Nacionalidade | |  |
| Lugar de nascimento |  | | | | | | Nº passaporte: | | |
| Residência familiar: | | | | | | | | | |
| Residência durante a estância: | | | | | E-mail:  Tel. contato durante a estância:  Tel. celular: | | | | |
| Conhecimento de idiomas | | Espanhol | | Inglês | | Francés | | Outros: indique quais | |
| Sim  Não | | Sim  Não | | Sim  Não | |  | |
| Gostaria de participar nos cursos de idiomas lecionados na nossa Universidade? Sim  Não  Indique quais: Inglês  Francês  Alemão  Italiano | | | | | | | | | |

Assinatura do estudante:

Data: