

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSGRADOS
(Modelo solicitud estancias pasantías internacionales-estudiantes extranjeros)**

(Ciudad y fecha)

Doctor (a)
**NOMBRE DIRECTOR DEL POSGRADOS
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD.
Ciudad**

Apreciado Doctor (a)

(Presente la solicitud indicando su motivación para realizar una estancia académica en la Universidad del Rosario, teniendo en cuenta: referir el tipo de estancia o rotación que solicita, fechas exactas de duración de la movilidad)

FIRMA

**Nombre completo del estudiante:
Número y documento de identificación:
Correo electrónico:
Número teléfono de contacto:
Universidad de origen:
Nombre del programa académico de origen:
Referente institucional del programa académico de origen:
Correo electrónico:
Número teléfono de contacto:**