**FORMULARIO POSTULACIÓN FONDO CONCURSABLE PARA ACTIVIDADES DE INTERNACIONALIZACIÓN**

Complete los siguientes campos según se solicita:

# - Identificación del responsable

* 1. **Nombre y apellidos**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Cargo**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Unidad de la cual depende**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Nómina de colaboradores (si corresponde)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

# - Características de la Actividad

* 1. **Nombre de la actividad**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Línea de financiamiento a la que postula**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Participantes**

|  |  |
| --- | --- |
| N° de estudiantes de pregrado que participan |  |
| N° de estudiantes de postgrado que participan |  |
| N° de académicos que participan |  |
| N° de administrativos que participan (Si es que los hubiese) |  |

* 1. **Carreras y/o programas de la Facultad, Instituto Tecnológico, Unidades a la que pertenecen los participantes (Si corresponde)**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Fecha de ejecución de la actividad**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Problema/necesidad u oportunidad detectada a la que tributa la actividad**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Descripción de la actividad**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Objetivo de la actividad**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Resultados esperados de la actividad**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Indicadores de la Facultad, Instituto o dirección a los que tributan los resultados de la actividad**

|  |
| --- |
|  |

# Plan de la actividad

* 1. **Describa detalladamente las acciones que contempla la actividad propuesta, especificando plazos y medios de verificación.**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Describa el plan de difusión de la actividad que permita visibilizar sus alcances y contribución interna y/o externa**

|  |
| --- |
|  |

# Características de la institución extranjera asociada a la actividad

* 1. **Nombre de la institución**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **País de la institución**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Esta institución cuenta con convenio vigente con la UCSC**

Si No

* 1. **En caso de tratarse de una universidad, esta se encuentra acreditada/certificada en su país.**

Si No

* 1. **Nombre de los participantes de la institución extranjera**

|  |
| --- |
|  |

# Características del presupuesto solicitado

* 1. **Monto solicitado**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Detalle de uso del presupuesto**

|  |  |
| --- | --- |
| Ítem | Monto |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Total | |

Firma Solicitante Firma Decano/Director