**ANEXO IV**

**Información Complementaria del Candidato Seleccionado**

Favor de llenar el siguiente formato y remitirlo al Comité Organizador, junto con la documentación complementaria señalada a continuación, a más tardar el **2 de julio de 2014**.

1. **Datos complementarios de Pasante Profesional.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS GENERALES DEL PASANTE PROFESIONAL** | |
| **Tratamiento**  (Sr., Srita., Sra., Lic., Mtro. Dr., otro) |  |
| **Nombre(s)**  (Tal como se muestra en el Pasaporte) |  |
| **Apellido Paterno**  (Tal como se muestra en el Pasaporte) |  |
| **Apellido Materno**  (Tal como se muestra en el Pasaporte) |  |
| **Estado Civil actual** |  |
| **INFORMACIÓN PARA TRÁMITES DE INTERNACIÓN A MÉXICO** | |
| **Número de Pasaporte** |  |
| **País donde fue expedido el Pasaporte** |  |
| **Fecha de Expedición del Pasaporte**  (dd/mm/aaaa) |  |
| **Fecha de Vencimiento del Pasaporte**  (dd/mm/aaaa) |  |
| **Nacionalidad Actual** |  |
| **Lugar de Nacimiento**  (incluir provincia, estado o departamento y país) |  |
| **¿Ha sido alguna vez expulsado de México?** |  |
| **¿Tiene antecedentes penales?** |  |
| **¿Cuenta con alguna visa?**  (En caso afirmativo indique país, número y fecha de vencimiento) |  |
| **DATOS MÉDICOS DEL PASANTE PROFESIONAL** | |
| **Antecedentes Patológicos** (Enfermedades crónicas que padezca el Pasante Profesional) |  |
| **Grupo Sanguíneo**.  Indicar antígeno (O, A, B, AB) y factor Rh (+, -) |  |
| **Alergias** |  |
| **Información adicional relevante** |  |
| **ENLACE EN LA EFS SOLICITANTE** | |
| **Nombre Completo** |  |
| **Cargo** |  |
| **Correo Electrónico**  (Oficial) |  |
| **Teléfono**  (Oficina). Incluir códigos de país y ciudad. |  |
| **Teléfono**  (Móvil). Incluir códigos de país y ciudad. |  |
| **Fax.**  Incluir códigos de país y ciudad. |  |
| **SEGURO INTERNACIONAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES** | |
| **Aseguradora** |  |
| **No. de Póliza** |  |
| **No. de Certificado** |  |
| **Vigencia** |  |
| **Teléfono**.  Incluir códigos de país y ciudad. |  |
| **CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA** | |
| **Nombre Completo** |  |
| **Relación con el Pasante Profesional** |  |
| **Correo Electrónico** |  |
| **Teléfono**  (Oficina y/o Particular). Incluir códigos de país y ciudad. |  |
| **Teléfono**  (Móvil). Incluir códigos de país y ciudad. |  |

1. **Documentación complementaria del Pasante Profesional.**

Remitir una copia digitalizada de los siguientes documentos:

1. Pasaporte.
2. Póliza de Seguro Internacional de Gastos Médicos Mayores.
3. Cualquier documentación o dato adicional requerido por el Instituto Nacional de Migración para los trámites de internación temporal a México.
4. **Consideraciones.**
5. En caso de requerirse mayor información, el Comité Organizador notificará oportunamente al pasante profesional.
6. En caso de que las autoridades migratorias requieran originales o copias certificadas de algún documento, los Pasantes Profesionales deberán recurrir exclusivamente al servicio de mensajería especializada (ej. DHL, UPS) para asegurar su entrega inmediata.
7. La participación en la fase presencial del Programa de Pasantía depende del envío oportuno, completo y veraz de la documentación solicitada, así como del desempeño, participación y aprovechamiento del Pasante Profesional durante la fase a distancia.