



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

Convocatoria **Seleccionar** **Seleccionar** 2025 Participación Tipo de movilidad
Mes Inicio Mes Fin Año Primera vez Nacional ¿Deseas participar por apoyo económico? ☒

DATOS GENERALES

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento	
Nacionalidad		CURP		No. Credencial INE (mexicanos)		No. Pasaporte o FM2/FM3 (extranjeros)	
Calle	Número	Colonia		Código Postal		Ciudad	Estado
Teléfono particular (lada)		Celular		Correo electrónico		¿Cuenta con seguro médico facultativo o seguro médico completo? ☐	
No. de afiliación o póliza		Institución aseguradora		Padece alguna enfermedad ☐		Especifique cuál	
Requiere medicación permanente ☐		Especifique cuál					

ESTUDIOS QUE CURSA

Institución de origen		Unidad Académica		Licenciatura Nivel de estudios	
Licenciatura		Duración de la Licenciatura		% de créditos cubiertos	
Semestre actual		Matrícula Académica		Promedio general	

ESTUDIOS A REALIZAR

Institución receptora		Unidad Académica		Homologación Estudios a realizar	
Licenciatura o programa académico		País		Estado	

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ

Nombre y firma del SOLICITANTE

Nombre y firma del RESPONSABLE DE MOVILIDAD

Lugar y fecha: