



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

Convocatoria 1er Período	Mes Inicio	Mes Fin	Año	Convocatoria 2do Período	Mes Inicio	Mes Fin	Año	¿Participa con apoyo económico?
-----------------------------	------------	---------	-----	-----------------------------	------------	---------	-----	------------------------------------

DATOS GENERALES

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento			
Nacionalidad	CURP	No. Credencial IFE (mexicanos)	No. Pasaporte o FM2/FM3 (extranjeros)			
Calle	Número	Colonia	C.P.	Delegación	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	Nivel de estudios	
Licenciatura	Duración de la Licenciatura	% de créditos cubiertos	Promedio general
Semestre actual	Matrícula Académica		

ESTUDIOS A REALIZAR

Institución receptora	Unidad Académica	Estudios a realizar
Licenciatura o programa académico	Responsable de Movilidad	Correo electrónico del Responsable
Teléfono (lada)		

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ

 Nombre y firma del SOLICITANTE

 Nombre y firma del RESPONSABLE DE MOVILIDAD

Lugar y fecha: