** UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TLAXCALA**

 **Coordinación de Enlace Internacional, Vinculación e Intercambio Académico**

Fotografía

 **SOLICITUD PARA ESTUDIANTES DE INTERCAMBIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datos Generales |  |  |
| Nombre(s) | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|  |  |  |
| Genero | Fecha de Nacimiento | Nacionalidad |
| ( ) F ( ) M |  |  |
| Calle y No. | Colonia | Ciudad |
|  |  |  |
| Estado | Teléfono Particular | Teléfono Celular |
|  |  |  |
| E-mail |  |  |
| Documento de Identidad |  |  |
| Pasaporte | Número | Fecha de expedición |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Grado Académico |
|  Licenciatura |  Titulación |  Maestría |  Doctorado |
|  ( ) |  ( ) |  ( ) |  ( ) |

|  |
| --- |
| **Tipo y programa de movilidad al que aplica** |
|  CONVENIO  | OTRO ¿CUÁL?  |
|  |  |
| **Datos de Movilidad** |
| Institución Origen:  |
| Facultad:  |
| Licenciatura o Posgrado:  |
| Ciudad:  |
| Promedio General Semestre que Cursa Inicio de Estancia Fin de estancia |
|  |   |  |  |  |  |
| Universidad Autónoma de Tlaxcala |
| Facultad:  |
| Licenciatura o Posgrado:  |
| Campus:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Notificar en caso de emergencia | Nombre:Parentesco:E-mail y Teléfono: |  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMATO ES VERAZ

|  |
| --- |
|  |
| Nombre y Firma del SOLICITANTE |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CONFIRMACIÓN DEL COORDINADOR DE MOVILIDAD INSTITUCIONAL**Nombre:****Función:****Departamento:****Teléfono:****Email:****Lugar y fecha:**

|  |
| --- |
|  |
| Firma y Sello |

 |