** 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 | |