**COORDINACIÓN DE COOPERACIÓN ACADÉMICA**

Fotografía

**Solicitud de intercambio estudiantil, académico y de investigadores**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS GENERALES |  |  |
| Nombre(s) | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|  |  |  |
| Género | Fecha de nacimiento | CURP |
| ( ) F ( ) M |  |  |
| Nacionalidad | Domicilio | Colonia |
|  |  |  |
| C. P. | Municipio | Estado |
|  |  |  |
| Teléfono Particular | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|  |  |  |
| Persona a quien avisar en caso de emergencia | Dirección | Teléfono |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROGRAMA AL QUE APLICA | | | | | |
| CONVENIO | **PROCAÍ** | **PILA** | **BRAMEX** | **CRUE** | **OTRO, ¿CUÁL?** |
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NIVEL ACADÉMICO |  |  |
| Licenciatura | Maestría | Doctorado |
| ( ) | ( ) | ( ) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS DE MOVILIDAD | | | | | | | |
| Universidad de origen: | | | | | | | |
| Facultad: | | | | | | | |
| Licenciatura o Posgrado: | | | | | | | |
| Domicilio: | | | | | | | |
| Promedio General Créditos Cubiertos Semestre que Cursa Matrícula Inicio de Estancia Termino de estancia | | | | | | | |
|  | % | |  | |  |  |  |
| Modalidad: |  | |  | |  |  |  |
| 1. Prácticas profesionales | 1. Cursar asignaturas | | 1. Investigación científica | | 1. Docencia | 1. Desarrollo de proyectos de emprendimiento | |
| Institución Receptora: | | | | | | | |
| Facultad: | | | | | | | |
| Licenciatura o Posgrado: | | | | | | | |
| Domicilio: | | | | | | | |
| Sólo en caso de estancia de Investigación | | **Título del Proyecto**:  Nombre del Tutor:  E-mail y Teléfono: | |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

De acuerdo a la Ley número 374 de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Guerrero, manifiesto haber leído el Aviso de Privacidad, y Manifiesto que Acepto \_\_\_\_No Acepto \_\_\_\_que mis datos sean transferidos, cedidos y tratados en los términos que señala el aviso citado.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| Nombre y Firma del Solicitante | | Director del Área de Movilidad Estudiantil de la Universidad Origen | |
|  | |
| Lugar y Fecha | |