**COORDINACIÓN DE MOVILIDAD ACADÉMICA**

Fotografía

**Solicitud de movilidad académica**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | **ANUIES** | **PILA** | 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 |