|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud: | | | |
| Tipo de Movilidad | Nacional ( ) |  | Internacional ( ) |
| Nombre completo: | | | |
| Genero | Fecha de Nacimiento | | Nacionalidad |
| ( ) F ( ) M |  | |  |
| Dirección: | | | |
|  | | | |
| Teléfono Celular | Correo electrónico | | No. Pasaporte/vigencia |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nivel Académico | | | |
| Licenciatura ( ) | Para Titulación ( ) | Maestría ( ) | Doctorado ( ) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Programa al que aplica: | | | |
| **Datos de Movilidad** | | | |
| Universidad Origen: | | | |
| Facultad: | | | |
| Nombre de la Licenciatura o Posgrado: | | | |
| Dirección del campus: | | | |
| Promedio General: | | | Inicio de Estancia: | |
| Semestre que Cursa: | | | Fin de estancia: | |
| Universidad Autónoma de Tlaxcala (Facultad): | | | |
| Nombre de Licenciatura o Posgrado: | | | |
| Dirección del campus: | | | |
| Sólo en caso de estancia de Investigación | Titulo del Proyecto:  Nombre del Tutor:  E-mail y Teléfono: |  | |
|  | |
|  | |

Fotografía

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

De acuerdo a la Ley de Protección de datos Personales para el Estado de Tlaxcala, 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.

**Programa de cursos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Universidad Autónoma de Origen** | | **Universidad Autónoma de Tlaxcala** | | |
| Clave | Nombre de asignatura | | Clave | Nombre de asignatura |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

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

|  |
| --- |
|  |
| **Nombre, Firma y Sello del Coordinador de Licenciatura** |

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