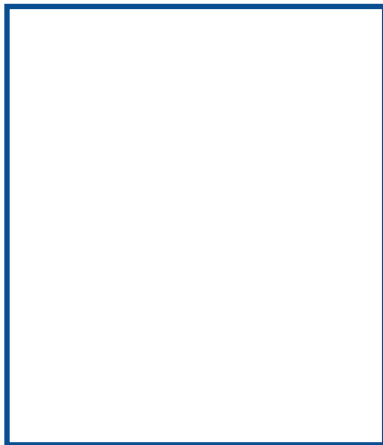




Formulario de Aplicación para estudiantes de intercambio a la UACJ

FO-DGVI-221-01



Información personal

Nombre: _____
Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

Dirección:
Calle: _____
de casa

Colonia/Fraccionamiento: _____

Ciudad Estado País

Teléfono móvil: (_____) _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Edad: _____ **Fecha de nacimiento:**
Día Mes Año **Género:**

Lugar de nacimiento: **Estado civil:**
Ciudad Estado País

Contacto de emergencia

Nombre: _____
Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

Dirección:
Calle: _____
de casa
Colonia/Fraccionamiento: _____
Ciudad Estado País

Teléfono móvil: (_____) _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Información de aplicación

Fecha de aplicación:
Día Mes Año **Tipo de estancia:**

Periodo: **Instituto de procedencia:** _____

Programa educativo de procedencia: _____ **Grado escolar:**

Promedio general: _____ **Nivel de estudios:**



Exclusivo para estancias académicas

Nombre del consorcio por el que participa:

Elija uno

Si eligió otro, especificar: _____

¿Cuenta con algún tipo de beca? Sí No _____

¿Cuál?

Instituto o División al que desea ingresar:

Elija uno

Programa educativo de la UACJ: _____

Indique las asignaturas que desea cursar en la UACJ

	Asignatura	Clave	Instituto/División
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Exclusivo para Estancias de Investigación

Datos del investigador que lo recibirá en la UACJ:

Nombre completo: _____

Cargo: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: (____) _____

Programas a los que está inscrito: _____

Departamentos a los cuales está adscrito: _____

Asignaturas que imparte: _____

Nombre del Proyecto (indicar departamento, laboratorio, etc): _____

Lugar donde se desarrolla la investigación: _____

Fechas de la estancia: **Inicio** — **Término**

Día Mes Año Día Mes Año

Exclusivo para Estancias de Formación

Programa educativo de la UACJ: _____

Instituto/División:

Elija uno

Actividades a realizar: _____

Elija uno Especificar si es otro

Convocatoria: _____

Elija uno Especificar si es otro

Fechas de la estancia: **Inicio** — **Término**

Día Mes Año Día Mes Año



Información adicional

Exclusivo para estancias presenciales

Hospedaje

¿Requiere información sobre hospedaje? Sí No

Por favor indique información relevante que la Subdirección de Cooperación e Internacionalización debe tener sobre su persona (enfermedades/hábitos alimenticios, etc.):

Indique si tiene algún requerimiento especial de la cual la Subdirección de Cooperación e Internacionalización deba saber:

Nombre del estudiante:

Firma del estudiante:

**Nombre del responsable de
movilidad en universidad de origen:**

**Firma del responsable de movilidad
en universidad de origen:**