



Fecha: _____

DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Foto
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Hijos: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nacionalidad: _____	
Estado civil: <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Unión libre			
Correo electrónico: _____		Número de celular: _____	
Lugar de procedencia: _____			
Tipo y número de documento de identificación: <input type="radio"/> Cédula: _____ <input type="radio"/> Pasaporte: _____			

ESTUDIOS

Universidad de procedencia	Sede	
Licenciatura	Semestre	Promedio acumulado
Anteriormente ya ha participado en movi- lidades académicas o investigativas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Universidad, Instituto o Programa donde ha participado:	

RESIDENCIA ACTUAL

Dirección de residencia	
Ciudad	Departamento
Teléfono	Número de Celular

INFORMACIÓN MÉDICA (en caso de que la movilidad sea presencial)

¿Cuál es su tipo de sangre? (Grupo RH)	¿Tiene alergias? De ser afirmativo indicar a que es alérgico(a)
¿Padeces alguna enfermedad crónica, epilepsia, diabetes, etc.? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuáles?
¿Tomas algún medicamento regularmente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuáles?

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (en caso de que la movilidad sea presencial)

Nombre y Apellidos	Parentesco
Dirección	Correo Electrónico
Teléfono	Celular

TIPO DE MOVILIDAD

Tipo de movilidad: Virtual Presencial

Periodo Solicitante: Enero - Abril Mayo - Agosto Septiembre - Diciembre

Campus Vizcaya interesado en asistir
(puede elegir dos opciones)

INSTITUCIÓN DE ORIGEN

Nombre		
Licenciatura	País	Ciudad
Nombre de director o coordinador de internacionalización	Email	Número de celular
Idioma:	Nivel: <input type="radio"/> Básico <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Avanzado	Tipo de Certificación:

ASIGNATURAS A CURSAR

Asignatura en la institución de Origen	Semestre	Créditos	Asignatura en Vizcaya	Cuatrimestre	Créditos

Si tienen algún comentario, sugerencia u observación, por favor descríbalo a continuación

En caso de realizarse algún cambio en la información anteriormente proporcionada por favor reportarlo con la dirección general del campus donde se encuentra haciendo la movilidad y la dirección de postgrado y centro de investigación, para dar el mejor seguimiento a la solicitud.

Me comprometo a leer el reglamento escolar institucional del Patronato Cultural Vizcaya A.C., el cuál podré encontrar en la página oficial www.uva.edu.mx y seguir con mis deberes y obligaciones como alumno regular en lo que dure la movilidad académica.

Así mismo, declaro estar de acuerdo con las siguientes condiciones generales para el seguimiento oportuno de mi movilidad que a continuación se presentan:

1. Tengo conocimiento que la movilidad tendrá una duración de un cuatrimestre, con opción de prórroga, después del proceso de evaluación por parte de los integrantes de la comisión supervisora de la movilidad estudiantil.
2. Me comprometo a realizar personalmente los trámites relacionados a expedición del pasaporte, visa, boletos de avión, seguro médico y cambios de divisas a la moneda extranjera.
3. Debo contratar un seguro médico para el periodo que dure la movilidad en Universidad Vizcaya de las Américas. Así mismo, si soy aceptado para una prórroga de movilidad, me comprometo a volver a adquirir el seguro por el periodo siguiente.
4. Tengo conocimiento, que tengo 15 días a partir de la fecha de inicio del cuatrimestre para darme de baja. Para ello debo solicitar a la dirección general del campus o a la dirección de postgrado y centro de investigación el formato de baja, junto con una carta de solicitud explicando los motivos de la baja.
5. Participar en las actividades de promoción, conferencias y charlas que la Universidad Vizcaya crea pertinentes para dar a conocer mi experiencia en la movilidad académica, con el fin de fortalecer el programa de movilidad académica entre ambas instituciones.
6. Si llegase a presentar una situación no prevista en las condiciones anteriores, esta se debe exponer ante la dirección general del campus y la dirección de postgrado y centro de investigación.
7. En caso de no cumplir con alguno de los compromisos anteriormente mencionados, aceptaré la sanción de la comisión supervisora de la movilidad estudiantil.

Nombre y firma del estudiante

Nombre y firma del director del
campus o licenciatura

Nombre y firma de la dirección
de internacionalización