**SOLICITUD DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL NACIONAL**

**ROTACIONES MÉDICAS**

**PERIODO: (colocar fechas de movilidad)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **GÉNERO** |  |  |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRE(S)** | **F** | **M** |
|  |  |  |
| **NACIONALIDAD** | **CLAVE DE ELECTOR (IFE / INE)** | **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** |
|  |  |  |
| **EDAD** | **CURP** | **E – MAIL (INSTITUCIONAL UAEH)** |
|  |  |  |
| **E – MAIL ALTERNO**  | **TELÉFONO FIJO CON LADA** | **TELÉFONO MÓVIL** |

**INFORMACION PERSONAL**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **CALLE Y NÚMERO** | **COLONIA** |
|  |  |  |
|  **CIUDAD Y MUNICIPIO** | **ESTADO** | **CÓDIGO POSTAL** |

**DIRECCIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **ESCUELA SUPERIOR O INSTITUTO AL QUE PERTENECE** | **PROGRAMA EDUCATIVO QUE CURSA** | **PROMEDIO GENERAL** |
|  |  |  |  |  |
| **NO. DE CUENTA**  | **SEMESTRE ACTUAL** | **NO. DE SEMESTRES** | **NO. TOTAL DE CRÉDITOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO** | **% DE CRÉDITOS CUBIERTOS** |

**INFORMACIÓN ACADÉMICA ACTUAL**

**ESTUDIOS A REALIZAR**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA UNIVERSIDAD O INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ LA ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN** |
| **NOMBRE** |  | **ESTADO** |  |
| **FECHAS:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMAS Y SELLO INSTITUCIONAL** | **NOMBRE Y FIRMA DEL****POSTULANTE** | **NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA COORDINACIÓN ACADÉMICA** |
|  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA DE LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA SUPERIOR O INSTITUTO** |
|  |
| **Con la presente firma autorizo la postulación del estudiante \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*para participar en el Programa de Movilidad Institucional a través de ROTACIONES MÉDICAS.** |