**SOLICITUD DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL INTERNACIONAL**

**ROTACIONES MÉDICAS**

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

**INFORMACION PERSONAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **E – MAIL INSTITUCIONAL** | **E – MAIL ALTERNATIVO** | **TELÉFONO FIJO C/LADA** | **TELÉFONO MÓVIL** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **GENERO** |  |  |  |  |
| **NACIONALIDAD** | **F** | **M** | **CURP** | **NO. DE PASAPORTE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRE(S)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **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 UNIDAD DONDE SE REALIZA LA ROTACIÓN MÉDICA** | | | |
| **NOMBRE** |  | **PAIS** |  |
| **FECHAS:** |  | | |

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