fotografía (tamaño 2.5cm x 3cm, color; puede ser digital))

**PROGRAMA DE MOVILIDAD EN EL POSGRADO**

### FORMATO DE SOLICITUD

El inicio de la estancia de movilidad deberá de considerarse a partir

del mes de agosto de 2019 o en los siguientes meses de 2019

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Periodo de Movilidad:** | **De:** día/mes/año **A**  día/mes/año | **Número de meses de estancia**  **3 ( ) 4 ( ) 5 ( )** |

*Llenar los espacios en blanco*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DATOS PERSONALES** | | | | | | |
| **Nombre:** |  |  | |  | | |
| ***Apellido Paterno*** | ***Apellido Materno*** | | ***Nombre(s)*** | | |
| **Identificación** |  | ***IFE, PASAPORTE O FM3*** | |  | | |
| **Dirección Actual** |  | | | **Código Postal** | |  |
| **Ciudad /Estado** |  | **Teléfono Fijo** | **Lada:** | | **Teléfono** | |
| **Teléfono móvil** | |  | | |
| **Correo electrónico** | |  | | |
| **Domicilio Postal** |  | | | | | |
| **Fecha de Nacimiento** |  | **Lugar de Nacimiento** | |  | | |
| **día/mes/año** |
| **Nacionalidad** |  | | | | | |

*Llenar los espacios en blanco*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. ESTUDIOS QUE CURSA** | | | | | | | | | | | | |
| **UNIVERSIDAD DE ORIGEN:** | | | | | |  | | | | | | |
| **Dependencia o Unidad Académica del Posgrado** | | |  | | | | | | | | | |
| **Posgrado y/o Especialidad** | **Nombre del posgrado** | | | | | | | | |  | | |
| **Grado Académico** | | | | | | | | | **Maestría ( )** | **Doctorado ( ) Especialidad ( )** | |
| **Créditos Obtenidos** | | | | | | | | |  | | | |
| **Título de la tesis** | | | | | | | | |  | | |
| **Línea de Investigación** | | | | | | | | |  | | |
| **Nombre del tutor/asesor** | | | | |  | | | | | | |
| **III. DATOS DE LA MOVILIDAD** | | | | | | | | | | | | | | |
| **UNIVERSIDAD DE DESTINO:** | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Dependencia(s) o unidad(es) académica(s) que ofrece(n) el Posgrado** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Posgrado** | **Especifique Nombre** | | | | | | | |  | | | | | |
| **Grado Académico** | | **Especialidad ( ) Maestría ( ) Doctorado ( )** | | | | | | | | | | | | |
| **Tutor que dará seguimiento:** | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Adscripción del tutor:** | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Dirección Postal (tutor):** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Teléfono (tutor)** | | | | **Lada** | | | | **Teléfono Fijo** | | | | **Celular** | | |
| **Correo electrónico (tutor)** | | | |  | | | | | | | | | | |

*Llenar los espacios en blanco*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. BECAS** | | | | |
| **Recibe algún tipo de beca** | **Si ( )** | **No ( )** | **Monto Mensual** | **Dólares** |
| **País:** |  | | **Institución Otorgante:** |  |
| **Aspectos que cubre:** |  | | | |

*En caso de emergencia avisar a:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Parentesco:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **Correo electrónico** |  |

Estoy de acuerdo con las siguientes condiciones generales para la tramitación de mi movilidad:

1. Si por algún motivo abandono el programa, notificaré de manera inmediata a la Coordinación General Regional de la Red de Macrouniversidades Públicas de América Latina y el Caribe y a las universidades de origen y destino. El alumno, que una vez haya recibido el importe de la beca, presente una renuncia, total o parcial, o que incumpla las obligaciones derivadas de la presente convocatoria podrá ser requerido para que reintegre la totalidad o la parte proporcional de los fondos percibidos. Esta obligación de reembolso se eliminará cuando concurra alguna causa de fuerza mayor o circunstancia atenuante que haya sido comunicada en tiempo y forma a las instancias señaladas al inicio.
2. Al término del programa de movilidad entregaré, por escrito, el informe de actividades que realicé, a mi universidad de origen y a la Coordinación General Regional de la Red de Macrouniversidades Públicas de América Latina y el Caribe. Este informe estará aprobado por el tutor que dio seguimiento a mis actividades en la universidad receptora.
3. Me comprometo a continuar inscrito y a titularme en la universidad de origen.
4. Cumpliré en su totalidad el Plan de Trabajo propuesto.

Nombre y Firma del Estudiante Fecha

Vo.Bo.

Responsable del Posgrado, Especialidad o

Responsable de Relaciones internacionales

de la Universidad de Origen

Nombre y Firma Fecha

## **PROGRAMA DE MOVILIDAD EN EL POSGRADO**

### FORMATO DE PLAN DE TRABAJO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | | | | |  |  | |
| ***Apellido Paterno*** | | | | | ***Apellido Materno*** | ***Nombre(s)*** | |
| **Institución receptora:** | | | |  | | | | |
| **Dependencia(s) o Unidad(es) Académica(s)en que realizará el proyecto, o los cursos** | | |  | | | | | |
| **Posgrado** | **Especifique Nombre** | | | |  | | | |
| **Grado Académico** | | **Especialidad ( ) Maestría ( ) Doctorado ( )** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBJETIVO (S)** | **ACTIVIDADES QUE SE REALIZARAN** | **CRONOGRAMA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Vo.Bo.

Tutor de la Universidad de Origen Tutor de la Universidad Receptora

Nombre y firma Nombre y firma