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