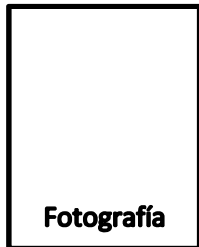




INSTITUTO CAMPECHANO

SOLICITUD AL PROGRAMA DE MOVILIDAD



Fecha de solicitud: ____ de _____ de _____

Tipo de Movilidad:

Nacional

Internacional

Periodo:

Febrero – Julio

Agosto – Enero

Interesado:

Docente

Alumno

1. DATOS PERSONALES			
			Género: F () M ()
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento (Estado -ciudad -país)		
Estado Civil	No. de Hijos o Dependientes Económicos	C.U.R.P.	
R.F.C	Teléfono (con clave lada)	Celular	
Correo electrónico		Código Postal	
Calle	No. Interior ó Exterior	Colonia	Localidad
Domicilio Actual			

2. ANTECEDENTES ACADÉMICOS (llenar solo alumnos)			
Programa Académico (Carrera)	Nivel de estudios	Promedio General	Semestre en curso
% de créditos	Idioma que domina	Nivel de idioma de acuerdo al Marco Común Europeo	

3. DATOS DEL DOCENTE (llenar solo docentes)			
Nivel de Estudio	Institución Educativa	Nombre Académico	Documento Obtenido
Tipo de contratación	Asignatura que imparte	Escuela de adscripción	



INSTITUTO CAMPECHANO

SOLICITUD AL PROGRAMA DE MOVILIDAD

5. PROGRAMA DE MOVILIDAD	
Tipo de Movilidad	
Periodo	
Semestre a cursar en Movilidad	
Antes de seleccionar una institución, es importante revisar que cumple con los requisitos de idioma, que existe oferta académica para su programa académico (carrera) y que ésta se imparte en el semestre en el que va a participar y en el idioma que el alumno domina . De no cumplir con alguno de ellos, no será candidato para la asignación en las instituciones de su elección	

6. INSTITUCIÓN RECEPTORA			
Mi universidad receptora			
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono con lada
Materias que debería cursar en la Institución Receptora (total del semestre):			
Actividades culturales y deportivas			
Nombre del Tutor académico asignado a mi seguimiento			
El correo electrónico de mi Tutor es:			
Fecha de bienvenida por parte de la Institución receptora:			
Fecha de inicio de clases:			
Fecha de terminación del Programa:			
Fecha en la que viajaré hacia el lugar de destino:			
Fecha en la que regresaré a mi ciudad:			

7. SITUACIÓN ECONÓMICA Y BECAS			
De \$1,870 a \$5,600		De \$11,221 a \$16,830	
De \$5,600 a \$11,220		Más de \$16,831	
Ingreso mensual familiar (marque el que corresponda)			
No. de personas que dependen de este ingreso (Incluyendo al solicitante)			



INSTITUTO CAMPECHANO

SOLICITUD AL PROGRAMA DE MOVILIDAD

Empleo actual del solicitante			
BECAS			
Ninguna		Institución ¿Cuál?	

8. INFORMACIÓN MÉDICA Y SITUACIÓN DE SALUD			
Estado de Salud		Practica algún deporte	
Ha tenido alguna intervención quirúrgica en los últimos años			
Es alérgico a algún medicamento o padece alguna alergia (cuál)			
Actualmente toma algún medicamento			
Está bajo algún tratamiento médico			
Necesita asistencia por alguna capacidad diferente			
Señale las enfermedades que padece o haya padecido:			
Diabetes () Sarampión () Problemas Cardiacos () Hipertensión () Asma () Hepatitis () Viruela () Problemas Respiratorios () Gastritis ()			
La Dirección de la Escuela, le recomienda previo a su participación en el Programa de Movilidad, se practique una revisión médica.			

9. DATOS DEL APODERADO, TUTOR O PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
		Nombre(s)	
Parentesco:			
Calle		No. Interior	
Domicilio Actual			
Colonia		Localidad	
Código Postal		Estado	
Teléfono		Celular	
Correo electrónico			

Estoy enterado que cualquier omisión o falsa información de los datos aquí solicitados, ocasionará la cancelación de mi solicitud.

Nombre y Firma del Responsable de Movilidad

Nombre y Firma del Postulante

AVISO DE PRIVACIDAD.