|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Movilidad: Nacional ( ) Internacional ( ) | | | | | | | | FOTO | |
| Nombre(s) | | | | Apellidos | | | |
|  | | | |  | | | |
| Genero | | Fecha de nacimiento | | Nacionalidad | | Pasaporte/DNI | |
| F ( ) M ( ) | |  | |  | |  | |
| Prefijo+Tel. celular | | Correo electrónico | | Dirección (calle, Núm., Colonia, Ciudad) | | | |
|  | |  | |  | | | |
| **Estudiante-Nivel Académico:** Licenciatura ( ) Maestría ( ) Doctorado ( ) Otro ( ) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Idiomas/ Nivel (básico, Intermedio, Avanzado) | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Programa al que aplica:** | | |
| CUMex **( )** | PILA **( )** | Santander Ibero **( )** |
| ANUIES **( )** | Convenio-Recursos Propios **( )** |  |
| Santander **( )** | PAME: **Plaza Parcial ( ) Plaza Amplia ( )** | |
| Otro ¿Cuál? | PILA Virtual ( ) e-MOVIES Virtual( ) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Datos de Movilidad** | | |
| Universidad Origen: | | |
| Facultad o Escuela: | | |
| Nombre de la Licenciatura o Posgrado: | | |
| Dirección del campus: | | |
| Promedio General: | **Periodo de estancia**: | |
| Semestre que Cursa: | |  | | --- | |  |   Enero-junio | |  | | --- | |  |   Agosto-diciembre |
| Porcentaje de creditos cursados: | | |
| Universidad Autónoma de Tlaxcala (Facultad): | | |
| Nombre de Licenciatura o Posgrado: | | |
| Dirección del campus: | | |
|  | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Notificar en caso de emergencia | Nombre:  Parentesco:  E-mail y Teléfono: | |  | | |  | | |  | | | Sólo en caso de estancia de Investigación | | Título del Proyecto:  Nombre del Tutor:  E-mail y Teléfono: | |  | | |  | | |  | | | | |

De acuerdo a la Ley de Protección de datos Personales para el Estado de Tlaxcala, Manifiesto haber leído el Aviso de Privacidad, y Manifiesto que Acepto \_\_\_\_No Acepto \_\_\_\_que mis datos sean transferidos, cedidos y tratados en los términos que señala el aviso citado.

**Fecha de solicitud**:

**Nombre y firma del solicitante**

**PROPUESTA DE EQUIVALENCIA DE UNIDADES DE APRENDIZAJE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Periodo de la estancia: |  |  |
|  | Inicio | termino |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Estudiante**: | |  | |
| **Institución origen:** |  | | |
| **Escuela o Facultad de origen:** | | |  |
| **Licenciatura de origen:** |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Universidad Autónoma de Tlaxcala**  **Programa educativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Universidad Origen** | | |
| Clave | Nombre de Unidad de Aprendizaje | | Clave | Nombre de asignatura |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de elaboración:** |  |

**Nota:** En el caso de realizar cambios o bajas de Unidades de Aprendizaje me comprometo entregar la Propuesta de Equivalencia de UA (hoja 2 de 2), a mi Universidad y a la Coordinación de Enlace Internacional, Vinculación e Intercambio Académico, para su autorización y conocimiento.

**Nombre, firma y sello del Coordinador**

(Universidad de origen)

**Nombre y Firma del Solicitante**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VISTO BUENO DE MOVILIDAD INSTITUCIONAL  **Nombre del responsable de movilidad institucional de la IES origen:**  **Cargo:**  **ORI:**  **Teléfono:**   |  | | --- | |  | | **Firma y Sello** |   **Email:**  **Lugar y fecha:** |