# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

**COORDINACIÓN GENERAL DE VINCULACIÓN Y COOPERACIÓN ACADÉMICA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL ALUMNOS VISITANTES**

# DATOS PERSONALES EN SU LUGAR DE ORIGEN

## Nombre:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

## Domicilio:

Calle / Avenida Número Fracc. / Col.

## Teléfonos:

Casa Celular Otro

## Correos Electrónicos:

Universitario Personal

# DATOS DE LA UNIVERSIDAD ORIGEN

## Universidad:

## Unidad Académica:

(Escuela / Facultad)

## Carrera:

## País:

## Promedio:

## No. Créditos Cursados:

No. Créditos Requeridos:

Dominio de Idiomas:

# DATOS DE SU INTERÉS PARA REALIZAR SU INTERCAMBIO

## Unidad Académica:

## Carrera:

## Período Solicitado:

## Ciclo Escolar:

## Campus:



**PROGRAMA EN EL QUE PARTICIPAS:**

Anuies: Convenio: Consorcio (Específique):

# PARA USO EXCLUSIVO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL