****

**PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL**

PROPUESTA DE HOMOLOGACIÓN DE ASIGNATURAS

**Lugar y Fecha:**

**PERÍODO DE LA ESTANCIA:**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

MATRICULA:

SEMESTRE:

|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN DE ORIGEN** |

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

DEPARTAMENTO:

LICENCIATURA:

UNIDAD REGIONAL:

|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN RECEPTORA** |

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

ESCUELA, INSTITUTO O FACULTAD:

LICENCIATURA:

CAMPUS:

|  |  |
| --- | --- |
| **MATERIAS A CURSAR****INSTITUCIÓN RECEPTORA** | **MATERIAS QUE SE ACREDITARÁN****INSTITUCIÓN DE ORIGEN** |
| **CLAVE** | **ASIGNATURA** | **CLAVE** | **ASIGNATURA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Coordinador(a) del Programa Educativo Estudiante**

 **(Nombre, firma y sello) (Nombre y firma)**