|  |  |
| --- | --- |
| 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:**  |