

UNIVERSIDAD CUAUHTEMOC PLANTEL SAN LUIS POTOSI

1. Programa de Movilidad:

Semestre Académico a cursar: \_\_\_\_\_ Seguro Médico (especifique)

Duración del Periodo de estudios: Fecha de Inicio: / / / Fecha de Fin: \_ /\_ /\_

# DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

|  |
| --- |
| Apellidos: Nombre: |
| Dirección de origen: Teléfono: |
| Dirección de destino: Teléfono: |
| Número de DNI o IFE: |
| e-mail: |

1. **UNIVERSIDAD DESTINO** *(Datos a llenar por la Coordinación de RR.II de la UCSLP)*

|  |
| --- |
| Nombre legal de la Institución y Domicilio Completo: |
| Coordinador Institucional: |
| Profesor responsable de intercambio: (nombre, teléfono, fax y e-mail. |
|  |

1. **TABLA DE EQUIVALENCIA DE MATERIAS** *(Rellenar una vez esté firmado el contrato de estudios)*

|  |
| --- |
| **Clave de Materia Materia en UCSLP Materia Universidad Destino** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Nombre y Firma del estudiante: Firma del Coordinador de RR.II de la UCSLP**

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