



**SOLICITUD DE APOYO DE MOVILIDAD**  
(Llenado **obligatorio** en computadora)

**DATOS PERSONALES:**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
Dirección particular: \_\_\_\_\_  
Número de cuenta: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: M:  F:   
Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono oficina: \_\_\_\_\_  
Alergias o discapacidades: \_\_\_\_\_

**Información de contacto de algún familiar en caso de accidente:**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS ESCOLARES:**

Programa de Posgrado: \_\_\_\_\_ Clave del plan de estudios: \_\_\_\_\_  
Clave de la Entidad: \_\_\_\_\_ Entidad Académica: \_\_\_\_\_  
Nivel de estudios: \_\_\_\_\_ Semestre que cursa: \_\_\_\_\_ Duración del plan de estudios: \_\_\_\_\_

**ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN:**

Actividad (Opcional): \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Institución Receptora: \_\_\_\_\_  
Ciudad y país donde se localiza: \_\_\_\_\_  
Nombre del Cotutor o contacto académico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE BECA (EN CASO DE CONTAR CON ELLA):**

Cuenta con alguna beca: No:  Si:  ¿Cuál? (Institución que la otorga): \_\_\_\_\_  
Tipo de Beca: \_\_\_\_\_ Monto Mensual: \_\_\_\_\_ Inicio: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**Documentación requerida que debes anexar a esta solicitud:**

1. Oficio de presentación del Coordinador del Programa de Posgrado de Adscripción
2. Historia académica
3. Comprobante de inscripción
4. Carta de aceptación de la institución receptora
5. Una fotografía pegada a esta solicitud

**DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ**

\_\_\_\_\_  
Firma del Alumno

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha