



SOLICITUD DE DOBLE GRADO
(Llenado **obligatorio** a computadora)

DATOS PERSONALES:

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombres: _____
Número de Cuenta: _____ CURP (Obligatorio): _____ Nacionalidad: _____
Correo electrónico: _____ Estado Civil: _____ Genero: H: M:
Tipo de Vialidad: _____ Nombre de la calle: _____ N° Exterior: _____ N° Interior: _____
Tipo de Asentamiento: _____ Colonia: _____ CV. Localidad (consultar INE): _____
Entidad Federativa: _____ Municipio/Alcaldía: _____
Entre Vialidades: _____ Vialidad Posterior: _____
Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono oficina: _____

Señale si considera que pertenece a alguno de los siguientes grupos de autodescripción (no, si y cual en caso de aplicar):

Discapacidad: _____ Etnia Indígena: _____ Comunidad Afroamericana: _____

Seguro Médico Internacional

Número de póliza: _____ Compañía: _____

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 estudio: _____ Semestre que cursa: _____ Duración del plan de estudios: _____
Nombre del Tutor Principal: _____ Teléfono: _____ Correo: _____

DOBLE GRADO:

Fecha de Inicio (dd/mm/aaaa): _____ Fecha de término (dd/mm/aaaa): _____
Nombre de la institución socia: _____
Ciudad y país donde se localiza: _____
Nombre del cotutor extranjero: _____ Teléfono: _____ Correo: _____

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

Cuenta con alguna Beca: No: Si: ¿Cuál? Institución que la otorga: _____
Monto Mensual: _____ Inicio: _____ Término: _____

Documentación requerida que se debe anexar a esta solicitud:

1. Listado de Actividades académicas de larga duración aprobadas
2. Constancia de actividades académicas para beca
3. Comprobante de inscripción
4. Copia de la carta de aceptación de la IES receptora
5. Carta Compromiso firmada
6. Copia de la póliza del Seguro Médico
7. Convenio específico de doble grado

DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ

Ciudad Universitaria, a _____ de _____ de 20__

Firma del Alumno

Nombre y Vo. Bo del tutor principal

Vo. Bo. de la persona titular de la
Coord. del Programa de Posgrado