



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Coordinación de Cooperación Internacional e Intercambio Académico

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL ALUMNOS VISITANTES

DATOS PERSONALES EN SU LUGAR DE ORIGEN

Nombre:				FOTO
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Domicilio:				
	Calle/Avenida	Número	Fracc./Col.	
Teléfonos:				
	Casa	Celular	Otro	
Correos electrónicos:				
	Universitario	Personal		

DATOS DE LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Universidad:		Carrera:	
Unidad académica:			
(Escuela/Facultad)			
Promedio:		No. de créditos cursados:	
		No de créditos requeridos:	
Dominio de idiomas:	Español:	Francés:	Otro (especifique):

DATOS DE SU INTERÉS PARA REALIZAR EL INTERCAMBIO

Unidad académica:		Carrera:	
(Escuela/Facultad)			
Período solicitado:	febrero - junio	agosto - noviembre	
Campus:	Ensenada	Mexicali	Tijuana
PROGRAMA EN EL QUE PARTICIPA:			
ANUIES	<input type="checkbox"/>	CONVENIO	<input type="checkbox"/>
CONSORCIO (especifique):			

Para uso exclusivo de Cooperación Internacional:

--