



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:

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

FOTO

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 CONVENIO CONSORCIO (especifique): _____

Para uso exclusivo de Cooperación Internacional: