VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

APOYO COMPLEMENTARIO A LA MOVILIDAD ESTUDIANTIL ESTANCIAS

Puebla, Pue. a _____ de _____ de 2025.

DATOS DEL ALUMNO

Nombre: _____

Matricula: _____

Plan de Estudios: _____

Semestre (cursando): _____ % Créditos: _____

Unidad Académica: _____

Posgrado: _____

Campus: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Edad: _____ Género: Mujer ( ) Hombre ( ) Prefiero no decirlo ( )

CURP: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lugar de Nacimiento: _____

País: _____ Estado: _____ Municipio: _____

No. Pasaporte: _____

Vigencia: _____

**Adjuntar copia de pasaporte (Vigencia no menor a 6 meses de inicio de la estancia)*

ESTANCIA

Universidad: _____

Departamento: _____

Profesor receptor: _____

Periodo de la estancia: _____

Fecha de salida: _____ Fecha de regreso: _____

País: _____

Lugar: _____

Titulo de la Tesis: _____

_____

_____

Porcentaje de avance de la tesis: _____ %

Nota: *No omito comentar que el tiempo máximo de respuesta a su solicitud será de 15 días a partir de la fecha de recibido por esta Vicerrectoría. Así mismo en caso de cancelar su participación en el evento, el costo total del boleto adquirido por esta Vicerrectoría, si es el caso, deberá ser reintegrado por el beneficiario.*

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA ASESOR (A)

_____

NOMBRE Y FIRMA COORDINADOR (A)