



Departamento de
**Cooperación y
Movilidad**

FORMATO UAGRO DE SOLICITUD ESTUDIANTES VISITANTES, NACIONAL E INTERNACIONAL

Datos personales

FOTOGRAFIA	Apellido Paterno	Apellido materno	Nombre (s)
	Fecha de Nacimiento (día/mes/año)	Lugar de nacimiento y nacionalidad	Género (masculino, femenino)
	Dirección: calle, número	Colonia o Fraccionamiento (indicar)	Código postal
Ciudad	Teléfono domicilio (con lada)	Teléfono celular	Correo electrónico

En caso de emergencia avisar a:

Nombre	Apellidos	Parentesco
Dirección con código postal	Ciudad	Estado
Teléfono domicilio (Indicar clave lada)	Teléfono celular	Correo electrónico

Datos Académicos:

Universidad de origen	Programa educativo que cursa: (licenciatura, maestría, doctorado)	Nombre del programa educativo que cursa:
Promedio general	Porcentaje de créditos alcanzados	

Datos de la Movilidad:

Unidad Académica UAGro en donde desea realizar la movilidad	Programa educativo que desea cursar: (licenciatura, maestría, doctorado)
Tipo de estancia (Académica, Investigación, otro)	Periodo de la estancia (fecha de inicio y término dd/mm/aa)



Departamento de
**Cooperación y
Movilidad**

Homologación de asignaturas (indicar orden de prioridad):

Asignaturas a cursar en la UAGro	Asignaturas a homologar en IES de origen

Añadir a esta solicitud, la documentación siguiente:

	Carta de postulación institucional, firmada por el Director del Centro Universitario o Facultad, dirigida al M.A. Luis Alberto Almazán Romero, Jefe de Departamento de Cooperación y Movilidad de la Universidad Autónoma de Guerrero.
	Carta de Motivos.
	Identificación Oficial ambas caras en una sola página.
	Copia acta de nacimiento.
	Curriculum vitae, sin soportes.
	kardex o certificado parcial.
	Copia del comprobante del seguro médico (IMSS, ISSSTE u otro).

Los expedientes deberán ser enviados por el responsable de movilidad de la institución de origen al correo electrónico movilidad@uagro.mx

No se procesarán las solicitudes incompletas ni extemporáneas.

Certifico que todo lo que he manifestado en esta solicitud es verdadero. Asumo la responsabilidad en el incumplimiento de cualquiera de los compromisos establecidos por el programa. Viaje, Seguridad Personal y Responsabilidad Médica

Si decido realizar cualquiera de las actividades descritas anteriormente, YO tomo responsabilidad completa de las consecuencias de estos actos y relevo a la “Universidad Autónoma de Guerrero” y sus empleados de cualquier responsabilidad asociada con estas actividades.

Me comprometo a cubrir todos los gastos médicos y/o de traslados asociados con mi condición y relevo a la UAGro y sus empleados de cualquier responsabilidad médica mientras yo sea estudiante de la universidad.

FECHA	
-------	--

Vo. Bo.

--	--

Nombre y Firma del alumno

Nombre y firma del Responsable de
Movilidad de la IES de origen

Edificio de Rectoría Planta Alta

Av. Javier Méndez Aponte No. 1

Fracc. Servidor Agrario C. P. 39070

Tel. (747) 471 9310 ext. 3296/3045

E-mail: movilidad@uagro.mx

Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, México