**ANEXO II**

fotografía (tamaño 2.5cm x 3cm, color; puede ser digital))

**PROGRAMA DE MOVILIDAD EN EL POSGRADO**

**FORMATO DE SOLICITUD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Periodo de Movilidad:** | **De:** dd/mm/aa **A** dd/mm/aa |

*Llenar los espacios en blanco*

|  |
| --- |
| **I. DATOS PERSONALES** |
| **Nombre:**  |  |  |  |
| ***Apellido Paterno*** | ***Apellido Materno*** | ***Nombre(s)*** |
| **Identificación** |   | ***IFE, PASAPORTE O FM3*** |   |
| **Dirección Actual** |  | **Código Postal** |   |
| **Ciudad /Estado** |  | **Teléfono Fijo** | **Lada:**  | **Teléfono**  |
| **Teléfono Celular** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Domicilio Postal** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  | **Lugar de Nacimiento** |  |
| **aa/mm/dd** |
| **Nacionalidad** |  |

*Llenar los espacios en blanco*

|  |
| --- |
| **II. ESTUDIOS QUE CURSA** |
| **Institución de origen:** |  |
| **Dependencia o Unidad Académica del Posgrado** |  |
| **Posgrado y/o Especialidad** | **Especifique Nombre** |   |
| **Grado Académico** | **Maestría ( )** | **Doctorado ( ) Especialidad ( )** |
| **Créditos Obtenidos** |   |
| **Título de la tesis** |   |
| **Línea de Investigación**  |   |
| **Nombre del tutor/asesor** |   |

*Llenar los espacios en blanco*

|  |
| --- |
| **III. DATOS DE LA MOVILIDAD** |
| **Institución receptora:** |
| **Dependencia(s) o unidad(es) académica(s) que ofrece(n) el Posgrado** |   |
| **Posgrado**  | **Especifique Nombre** |   |
| **Grado Académico** | **Maestría ( )** | **Doctorado ( ) Especialidad ( )** |
| **Tutor que dará seguimiento:** |   |
| **Adscripción:** |   |
| **Dirección Postal:**  |   |
| **Teléfono** | **Lada**  | **Teléfono Fijo**  | **Celular**  |
| **Correo electrónico** |   |

*Llenar los espacios en blanco*

|  |
| --- |
| **IV. BECA** |
| **Recibe algún tipo de beca** | **Si ( )** | **No ( )**  | **Monto Mensual** | **Dólares**  |
| **País:** |  | **Institución Otorgante:** |   |
| **Aspectos que cubre:** |   |

*En caso de emergencia avisar a:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |   |
| **Parentesco:** |   |
| **Dirección:** |   |
| **Teléfono:** |   |

Estoy de acuerdo con las siguientes condiciones generales para la tramitación de mi movilidad:

1. Si por algún motivo abandono el programa, notificaré de manera inmediata a la Coordinación General Regional de la Red de Macrouniversidades Públicas de América Latina y el Caribe y a las universidades de origen y destino.
2. Al término del programa de movilidad entregaré, por escrito, el informe de actividades que realicé, a mi universidad de origen y a la Coordinación General Regional de la Red de Macrouniversidades Públicas de América Latina y el Caribe. Este informe estará aprobado por el tutor que dio seguimiento a mis actividades en la universidad receptora.
3. Me comprometo a continuar inscrito y a titularme en la universidad de origen.
4. Cumpliré en su totalidad el Plan de Trabajo propuesto.

Nombre y Firma del Estudiante Fecha

Vo.Bo.

Responsable del Posgrado, Especialidad o

Responsable de Relaciones internacionales

de la Universidad de Origen

Nombre y Firma Fecha

**ANEXO III**

**PROGRAMA DE MOVILIDAD EN EL POSGRADO**

**FORMATO DE PLAN DE TRABAJO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:**  |  |  |  |
| ***Apellido Paterno*** | ***Apellido Materno*** | ***Nombre(s)*** |
| **Institución receptora:** |
| **Dependencia(s) o Unidad(es) Académica(s)en que realizará el proyecto, o los cursos** |   |
| **Posgrado**  | **Especifique Nombre** |   |
| **Grado Académico** | **Maestría ( )** | **Doctorado ( ) Especialidad ( )** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBJETIVO (S)** | **ACTIVIDADES QUE SE REALIZARAN** | **CRONOGRAMA** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

Vo.Bo.

Tutor de la Universidad de Origen Tutor de la Universidad Receptora

Nombre y firma Nombre y firma

**ANEXO IV**

**Carta compromiso para la adquisición de seguro de gastos médicos;**

**seguro de vida y repatriación de restos.**

Lugar y fecha de expedición

**Coordinación General Regional de la**

**Red de Macrouniversidades Públicas de América Latina y El Caribe**

**Presente**

Por la presente expongo tener conocimiento de que el Programa de Movilidad en el Posgrado no brinda cobertura médica ni seguro de vida, por lo anterior hago constar mi compromiso de adquirir un seguro gastos médicos; un seguro de vida y repatriación de restos en caso de resultar beneficiado (a) con la beca y antes de salir de mi país de origen, así como de realizar el envío de la documentación que compruebe dicha adquisición a la Coordinación General previo al inicio de mi estancia.

Atentamente,

Nombre y Firma