 Formato de Solicitud de Movilidad Nacional e Internacional Estudiantil 

**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

Dirección General de Relaciones Internacionales

Coordinación de Becas para la Movilidad Nacional e Internacional

Lee detenidamente y llena los datos que se te solicitan:

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES**  |
| **Nombre** |   |       |       |
|  | *Paterno* | *Materno* | *Nombre (s)* |
| **Fecha de Nacimiento** | dd/mm/aa | **Lugar de Nacimiento** |       |
| **Estado civil** | Elija un elemento. | **CURP** |       | **Número de hijos** |       |
| **Sexo** | Elija un elemento. | **Correo electrónico** |       |
| **Nacionalidad** |       | **Lugar de procedencia:** |       |
|  |
| **ESTUDIOS** |
| **Universidad origen** | Elija un elemento. |
| **Facultad o Instituto** |       | **Estado** | Elija un elemento. |
| **Programa Educativo (carrera)** |       | **Área Académica** | Elija un elemento. |
| **Grado que cursa** | Elija un elemento. | **Semestre** |       | **Matrícula**  |       |
| **Promedio General** |       | **Porcentaje de créditos cursados** |       |
| **Bachillerato de procedencia** |       |
|  |
| **RESIDENCIA ACTUAL** |
| **Calle** |       |
| **Colonia** |       | **C.P.** |       |
| **Ciudad** |       | **Estado** | Elija un elemento. |
| **Teléfono** | **(**    **)**      | **Celular** | **(**     **)**      |
|  |
| **INFORMACIÓN MÉDICA** |
| **¿Cuál es tu tipo de sangre? (Grupo RH)** |       |
| **¿Tienes alergias?** | **Si** **[ ]**  | **No** **[ ]**  | **¿Cuáles?** |       |
| **¿Padeces alguna enfermedad crónica: epilepsia, diabetes, etc.?** | **Si** **[ ]**  | **No** **[ ]**  | **¿Cuáles?** |       |
| **¿Tomas algún medicamento regularmente?** | **Si** **[ ]**  | **No** **[ ]**  | **¿Cuáles?** |       |
|  |
| **EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A** |
| **Nombre** |       | **Parentesco** | Elija un elemento. |
| **Dirección** |       |
| **Teléfono** | **(**    **)**      | **Celular** | **(**    **)**      |
| **Correo electrónico** |       |
|  |
| **ANEXOS** |
| **¿Alguna situación que esta** **Coordinación deba saber?** | **Si** [ ]  | **No** [ ]  | **¿Cuáles? (Médica, legal, fiscal, académica, personal, etc.)** |       |
|  |
| **MOVILIDAD** |
|  |
| **Periodo solicitante** | Elija un elemento. | **Número de Movilidades anteriores** | Elija un elemento. |
| **Organismo** | [ ]  **ANUIES**Elija un elemento. | [ ]  **ECOES**Elija un elemento. | [ ]  **Otro**      |
| **Programa de Verano** |  |
|  |
| **Facultad o Instituto destino** |       |
| **Programa Educativo (carrera)** |       |
| **Área Académica** | Elija un elemento. | **Región** | Elija un elemento. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fecha de la Solicitud | Firma del Estudiante |