

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO DEPARTAMENTO DE INTERCAMBIO ACADÉMICO Y ASUNTOS INTERNACIONALES**

**Km. 38.5 Carretera Méx-Texcoco, Chapingo, Edo. de México,C.P. 56230**

**Edificio Efraím Hernández Xolocotzi 214-217**

**Tel./Fax. 595 95 2 15 65**

**Tel.595 95 2-15-00, Ext. 1615, 5107, 5108**

**asuntosinternacionales@chapingo.mx**

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN**

Intercambio Institucional Bilateral

Otro

Especificar:

Año lectivo**: /**

Fotografia

**ESTUDIANTES VISITANTES (Solicitud de Participación)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre(s)** |  | | | **Hombre Mujer** |
| **Primer apellido** |  | | | |
| **Segundo apellido** |  | | | |
| **Dirección permanente** |  | | **Estado / País** | |
| **Dirección actual de correo** |  | | | |
| **Teléfono** |  | **E-mail:** | | |
| **Lugar de nacimiento** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA** | | | | |
| **Institución de**  **procedencia** |  | | | |
| **Facultad o Escuela** |  | | **Carrera:** | |
| **Grado académico** | **Licenciatura** | **Maestría** | | **Doctorado** |
| **Año de estudios (actual)** |  |  | |  |
| **Idiomas** | **Idioma / Nivel** | **Idioma / Nivel** | | **Idioma / Nivel** |
|  | **1.** | **2.** | | **3.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL INTERCAMBIO** | | | | |
| **Departamento de adscripción en la UACh:** | | **Carrera:** | | |
| **Para cualquiera de las modalidades siguientes, llenar formato correspondiente:** | | | | |
| **Modalidad virtual del intercambio** | **Cursar materias (Llenar formato Programa**  **/Contrato de Estudios preliminar)** | | **Estancia**  **pre-profesional** | **Estancia de**  **Investigación** |
|  | | | | |
| **Semestre lectivo en la**  **UACh** | **Primer semestre (agosto-diciembre)** | | **Segundo semestre(enero-junio)** | |
| **Periodo:** |  | |  | |

|  |
| --- |
|  |
| **Si su objetivo NO es Cursar Materias, describa brevemente su motivación sobre la opción marcada** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Fecha:**  **Nombre y firma del Responsable de Intercambio (institución de origen)**  **Sello** |

**Anexos:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Formato Programa/Contrato de Estudios preliminar** |
|  | **Carta de postulación de institución de origen** |
|  | **Constancia o historial académico** |
|  | **Constancia de dominio de idioma (solo si es aplicable)** |
|  | **Certificado Médico de buena salud** |