

ANEXO II

**PROGRAMA DE MOVILIDAD EN EL POSGRADO
FORMATO DE SOLICITUD**

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

**El inicio de la estancia de movilidad deberá de considerarse a partir
del mes de abril de 2018 o en los siguientes meses de 2018**

Periodo de Movilidad:	De: día/mes/año A día/mes/año	Número de meses de estancia 3 () 4 () 5 ()
------------------------------	---	---

Llenar los espacios en blanco

I. DATOS PERSONALES			
Nombre:	<i>Apellido Paterno</i>	<i>Apellido Materno</i>	<i>Nombre(s)</i>
Identificación	IFE, PASAPORTE O FM3		
Dirección Actual			Código Postal
Ciudad /Estado	Teléfono Fijo	Lada:	Teléfono
	Teléfono móvil		
	Correo electrónico		
Domicilio Postal			
Fecha de Nacimiento	día/mes/año	Lugar de Nacimiento	
Nacionalidad			

Llenar los espacios en blanco

II. ESTUDIOS QUE CURSA			
UNIVERSIDAD DE ORIGEN:			
Dependencia o Unidad Académica del Posgrado			
Posgrado y/o Especialidad	Nombre del posgrado		
	Grado Académico	Maestría ()	Doctorado () Especialidad ()
	Créditos Obtenidos		
	Título de la tesis		
	Línea de Investigación		
	Nombre del tutor/asesor		
III. DATOS DE LA MOVILIDAD			
UNIVERSIDAD DE DESTINO:			
Dependencia(s) o unidad(es) académica(s) que ofrece(n) el Posgrado			
Posgrado	Especifique Nombre		
Grado Académico	Especialidad ()	Maestría ()	Doctorado ()
Tutor que dará seguimiento:			
Adscripción del tutor:			
Dirección Postal (tutor):			
Teléfono (tutor)	Lada	Teléfono Fijo	Celular
Correo electrónico (tutor)			

Llenar los espacios en blanco

IV. BECAS				
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:	
Correo electrónico	

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. El alumno, que una vez haya recibido el importe de la beca, presente una renuncia, total o parcial, o que incumpla las obligaciones derivadas de la presente convocatoria podrá ser requerido para que reintegre la totalidad o la parte proporcional de los fondos percibidos. Esta obligación de reembolso se eliminará cuando concorra alguna causa de fuerza mayor o circunstancia atenuante que haya sido comunicada en tiempo y forma a las instancias señaladas al inicio.
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:			
	<i>Apellido Paterno</i>	<i>Apellido Materno</i>	<i>Nombre(s)</i>
Institución receptora:			
Dependencia(s) o Unidad(es) Académica(s) en que realizará el proyecto, o los cursos			
Posgrado	Especifique Nombre		
Grado Académico	Especialidad ()	Maestría ()	Doctorado ()

OBJETIVO (S)	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARAN	CRONOGRAMA

Vo.Bo.

Tutor de la Universidad de Origen

Nombre y firma

Tutor de la Universidad Receptora

Nombre y firma

**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 (siempre y cuando no contravenga las normativas internas de cada universidad) 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