1

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha |  / / |
| Estudiante |  |
| Matrícula |  | No. de Seguridad Social Vigente |  |
| Carrera |  |
| Cuatrimestre |  | Grupo: |  |
| Correo-e |  |
| Número de celular |  |
| Domicilio actual |  |
| Teléfono(s) de la madre, padre o persona tutora |  |
| Persona adicional para contactar en caso de ser necesario (nombre, parentesco y teléfono) |  |
| Universidad destino para Movilidad |  |
| Periodo para el cual solicita la movilidad |  |
|  |
| **Firmas** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Solicita****Nombre y firma del Estudiante** |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Autoriza****Nombre y firma de Madre, Padre** **o Persona Tutora** |  |  |
| *IMPORTANTE: NO alterar este formato. Llena a computadora y firmar con tinta azul.* *Anexar copia de credencial de elector de la madre, padre o persona tutora.* |