|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA | FORMATO PARA LA MOVILIDAD ESTUDIANTIL | **PERIODO** |
|  | **FEB-JUL** | **AGO-ENE** |
| **DATOS DEL ALUMNO** |
| MATRÍCULA | APELLIDOS NOMBRE(S) |
|  |  |
| **DATOS DEL PROGRAMA ACADEMICO DE ORIGEN** |
| PROGRAMA ACADÉMICO | FACULTAD |
|  |  |
|  MODALIDAD | REGIÓN | ÁREA ACADÉMICA |
|  Escolarizado | Xalapa | Técnica |
| NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE ENTIDAD DE ORIGEN | SELLO |
| MTRO. JOSÉ ALBERTO REYES JIMÉNEZ |  |
| **DATOS DEL PROGRAMA ACADÉMICO O DEPENDENCIA DESTINO** |
| PROGRAMA ACADÉMICO | FACULTAD |
|  |  |
|  MODALIDAD | REGIÓN | ÁREA ACADÉMICA |
|  |  |  |
| **CURSOS** |
| NRC | EXPERIENCIA EDUCATIVA | No. CRÉDITOS |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO O RESPONSABLE** | **SELLO** |
|  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |

 \***Adjuntar copia del pago de inscripción (Reglamento de Movilidad Art. 16)**