



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

SOLICITUD DE MOVILIDAD ACADEMICA

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo Electrónico:

No. Empleado:

Facultad:

Campus:

UNIVERSIDAD O INSTITUCION QUE SOLICITA:

Actividad a realizar:

Duración de la actividad:

Para uso exclusivo de Cooperación Internacional:
