UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Departamento de Cooperación Internacional e Intercambio Académico
Campus Tijuana

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE MOVILIDAD ACADÉMICA

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Domicilio: _____
Calle/Avenida Número Fracc./Colonia

Teléfono: _____
Casa Celular Otro

Correo Electrónico: _____

No. Empleado: _____ Facultad: _____

Campus: _____ Periodo de convocatoria: _____

UNIVERSIDAD O INSTITUCION QUE SOLICITA: _____

Actividad a realizar: _____

_____

_____

Duración de la actividad: _____

Tijuana, B. C. a _____ de _____ de 200_____

Para uso exclusivo de Cooperación Internacional:

CIF-010
REV. 1