UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Fotografía

# SECRETARÍA DE RELACIONES INTERNACIONALES

Dirección de Intercambio Académico

**INFORMACIÓN PERSONAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: | Haga clic aquí para escribir texto. | | |
|  | Apellido paterno | Apellido materno | Nombres |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de nacimiento | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Edad |  | Sexo | Elija un elemento. | Estado civil | Elija un elemento. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar de Nacimiento | | | Haga clic aquí para escribir texto. | Nacionalidad | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Domicilio | | Haga clic aquí para escribir texto. | | Colonia | Haga clic aquí para escribir texto. |
|  | Calle y Numero | | |  |  |
| Ciudad | | Haga clic aquí para escribir texto. | | Estado | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Código Postal | | Haga clic aquí para escribir texto. | | Teléfono | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico | | Haga clic aquí para escribir texto. | | Celular | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Correo institucional | | Haga clic aquí para escribir texto. | | Matrícula | Haga clic aquí para escribir texto. |

**DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES EN CASO DE EMERGENCIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
| Domicilio | Haga clic aquí para escribir texto. | Colonia | | Haga clic aquí para escribir texto. | |
|  | Calle y numero | | | | | |
| Ciudad | Haga clic aquí para escribir texto. | Estado | | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Código postal | Haga clic aquí para escribir texto. | Teléfono | | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Correo electrónico | Haga clic aquí para escribir texto. | |  | |  | |

**SOLICITA ADMISIÓN A:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución receptora | Haga clic aquí para escribir texto. | | Duración del intercambio | | Un año |
| Carrera | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
| Facultad o escuela | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
| Programa al que aplica | DAAD | En caso de otro ¿Cuál? | | Haga clic aquí para escribir texto. | | |

**DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE**

Conozco y estoy de acuerdo en los términos bajos los cuales se realiza el intercambio, así mismo hago constar que toda la información entregada es verdadera y me doy por enterado(a) que entregar esta solicitud no garantiza mi admisión a la universidad destino, y de ser aceptado(a) no daré marcha atrás al trámite, de hacerlo correré con los gastos administrativos (envío de documentación).

Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Firma del interesado (a) Fecha