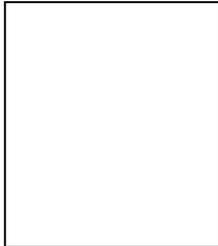




**COORDINACIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS INSTITUCIONALES  
BECAS PARA ESTUDIOS DE POSGRADO**



**SOLICITUD DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS NACIONALES  
O INTERNACIONALES DE LARGA DURACIÓN**

(Llenado **obligatorio** a computadora)

**DATOS PERSONALES**

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_  
 Número de cuenta: \_\_\_\_\_ CURP (Obligatorio): \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Género: H: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_  
 Tipo de vialidad: \_\_\_\_\_ Nombre de la calle: \_\_\_\_\_ N° Exterior: \_\_\_\_\_ N° Interior: \_\_\_\_\_  
 Tipo de asentamiento: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_  
 Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Municipio/Alcaldía: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Entre vialidades: \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono oficina: \_\_\_\_\_

**Señale si considera que pertenece a alguno de los siguientes grupos por autodescripción  
(no, si y cuál, en caso de aplicar):**

Discapacidad: \_\_\_\_\_ Etnia indígena: \_\_\_\_\_ Comunidad Afroamericana: \_\_\_\_\_

**Seguro Médico Internacional:**

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Compañía: \_\_\_\_\_

**Información de contacto con algún familiar en caso de accidente:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS ESCOLARES**

Programa de Posgrado: \_\_\_\_\_ Clave del plan de estudios: \_\_\_\_\_  
 Clave de la Entidad: \_\_\_\_\_ Entidad académica: \_\_\_\_\_  
 Nivel de estudio: \_\_\_\_\_ Semestre que cursa: \_\_\_\_\_ Duración del plan de estudios: \_\_\_\_\_  
 Nombre del tutor principal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD ACADÉMICA A CURSAR**

Estancia de investigación: \_\_\_\_\_ Doble grado: \_\_\_\_\_ Actividad académica (asignaturas): \_\_\_\_\_  
 Institución receptora: \_\_\_\_\_  
 Ciudad y país: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio: (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ Fecha de término: (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE BECA DE MANUTENCIÓN (en caso de contar con ella)**

Cuenta con alguna beca: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Institución que la otorga: \_\_\_\_\_  
 Monto mensual: \_\_\_\_\_ Inicio: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**DECLARO QUE TODA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ**

Ciudad Universitaria, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Nombre y Vo.Bo. del tutor principal

\_\_\_\_\_  
Vo.Bo. de la persona titular de  
la Coord. del Prog. de Posgrado