



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

SECRETARÍA AUXILIAR DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES  
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A UNIVERSITARIOS EN MOVILIDAD E INTERCAMBIO ACADÉMICO

## PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO FORMATO DE REVALIDACIÓN DE MATERIAS

Código: FO-126-02-02

CON BASE EN LA REVISIÓN DE LOS PLANES DE ESTUDIOS Y CONTENIDOS DE LAS MATERIAS DE LA UNIVERSIDAD DESTINO POR LA DIRECCIÓN Y SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE \_\_\_\_\_, CON FECHA: \_\_\_\_\_ SE EMITE LA RESOLUCIÓN DE REVALIDACIÓN/CONVALIDACIÓN No. \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

UNIVERSIDAD DE ORIGEN: \_\_\_\_\_ CARRERA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

FACULTAD, ESC. O CENTRO DE INVESTIGACIÓN: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA DE INTERCAMBIO: \_\_\_\_\_ CARRERA: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ TELEFONO PART./CELULAR: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES

MATERIAS CURSADAS/ PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	CRÉDITOS	DOCENTE QUE IMPARTE LA MATERIA / RESPONSABLE DEL PROYECTO	SEM	GRUPO	TURNO	CALIFI- CACIÓN	CALIFICACIÓN CON LETRA

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

SOLICITÓ (NOMBRE, FIRMA Y SELLO)

Bo. Vo. (FIRMA Y SELLO)

REVISÓ (FIRMA Y SELLO)

AUTORIZÓ (FIRMA Y SELLO)

DIRECTOR DE LA ESCUELA O FACULTAD

COORD. DE INTERCAMBIO ACADÉMICO  
SECRETARÍA AUXILIAR DE RELACIONES  
INTERINSTITUCIONALES

MTRA. GUADALUPE GUILLEN DIAZ  
DEPTO. CONTROL ESCOLAR

MTRA. ROCIO MORENO VIDAL  
DIRECTORA DE SERVICIOS ESCOLARES