



**PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO
 INSCRIPCIÓN DE MATERIAS POSGRADO**

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: _____ **CORREO:** _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

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:** _____ **TELÉFONO PART./CELULAR:** _____

MATERIAS CURSADAS/ PROYECTO DE INVESTIGACION	DOCENTE QUE IMPARTE LA MATERIA / RESPONSABLE DEL PROYECTO	SEMESTRE	GRUPO	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

 LIC. NORMA FLORES GUTIÉRREZ
 COORD. DE INTERCAMBIO ACADÉMICO
 COORD. GRAL. DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES

 MTRA. GUADALUPE GUILLEN DÍAZ
 DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR

 DR. MANUEL GUSTAVO OCAMPO MUÑOZ
 DIRECTOR DE SERVICIOS ESCOLARES