



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Departamento de Cooperación Internacional e Intercambio Académico
Campus Mexicali
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL

Nombre:	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	FOTO
Domicilio:	Calle/Avenida	Número	Fracc./Col.	
Teléfonos:	Casa	Celular	Otro	
Cuenta bancaria:	Número de cuenta personal		Nombre del Banco	
Correos electrónicos:	UABC		Personal	
Matrícula:	Carrera:			
Unidad académica:				
Promedio:	No. de créditos cursados:	No de créditos requeridos:		
Etapa formativa:	Básica <input type="checkbox"/>	Disciplinaria <input type="checkbox"/>	Terminal <input type="checkbox"/>	
Período de ingreso a la carrera:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Semestre actual:		
Dominio de idiomas:	Inglés: %	Francés: %	Otro (especifique): %	

DATOS DE UNIVERSIDAD DESTINO

Universidad: _____
Facultad o Centro: _____
Campus: _____ País: _____ Período solicitado: _____
¿Estás dispuesto a pagar las tasas establecidas en la universidad destino? SI NO

PROGRAMA EN EL QUE PARTICIPAS:

ANUIES CONVENIO CONSORCIO (especifique): _____

BECA SOLICITADA: _____

Para uso exclusivo de Cooperación Internacional: