


**SOLICITUD DE INTERCAMBIO PARA ALUMNOS INTERNACIONALES
UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

CAMPUS A APLICAR: AGUASCALIENTES GUADALAJARA CIUDAD DE MEXICO

Información Personal

| | | | | | | |
|---|--|---------------------------|---------------------------|------------------|--------------------------|---|
| Apellido Paterno _____ | | Apellido Materno _____ | | Nombre (s) _____ | |  Foto |
| Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | Número de Pasaporte _____ | | | | |
| Fecha de nacimiento _____ Día Mes Año | | | Lugar de Nacimiento _____ | | País de Ciudadanía _____ | |

Lugar de residencia permanente

Calle, Número y Colonia _____

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|------------|
| Ciudad _____ | Estado o Provincia _____ | Código Postal _____ | País _____ |
| Teléfono (Código de país-código de ciudad - número local) _____ | | Correo electrónico _____ | |

En caso de emergencia contactar a:

| | |
|---|--------------------------|
| Nombre completo _____ | Relación _____ |
| Teléfono (Código de país-código de ciudad - número local) _____ | Correo Electrónico _____ |

Información Académica

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Universidad de origen _____ | País _____ |
| Carrera _____ | Año o semestre _____ |

Nivel de conocimiento de cada idioma (Básico, Intermedio, avanzado, lengua materna).

| | |
|---------------|---------------|
| Español _____ | Otro(s) _____ |
| Inglés _____ | |



SOLICITUD DE INTERCAMBIO PARA ALUMNOS INTERNACIONALES UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Periodo de intercambio (para el año completo seleccione ambas opciones)

- | Semestre | Fecha límite |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Semestre Primavera: Enero a Junio: | Octubre 31 |
| <input type="checkbox"/> Semestre de Otoño: Agosto - Diciembre | Mayo 31 |

Razones por las cuales quieres estudiar en esta universidad:

Materias a estudiar:

| | |
|---------|----------|
| 1 _____ | 6 _____ |
| 2 _____ | 7 _____ |
| 3 _____ | 8 _____ |
| 4 _____ | 9 _____ |
| 5 _____ | 10 _____ |

Información de contacto del coordinador de intercambios de la universidad socia

Nombre del coordinador de intercambios o persona autorizada _____ Título _____ Fecha (DD / MM/ AA) _____

Correo Electrónico _____ Teléfono (Código de país-código de cd. - número local) _____

Fax _____ Firma _____

Dirección de Universidad Socia

Calle, Número y Colonia _____

Ciudad _____ Estado o Provincia _____ Código Postal _____ País _____

Firma del solicitante