|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Servicios Escolares de Posgrado |   |
| MOVILIDAD INTERNA  | Fecha:  |
| Página: 1 de 1 |

|  |
| --- |
| El siguiente formato es para conocer el programa educativo, la asignatura y el docente de la materia que cursará el estudiante que se enlista abajo:1. Favor de leer este documento en su totalidad antes de llenarlo.
2. NO SE ACEPTARÁN REGISTROS INCOMPLETOS O CON FALTA DE INFORMACIÓN.
3. Este documento no debe tener tachaduras o enmendaduras.
4. El llenado del mismo debe ser con pluma (letra legible).
5. Utilizar una hoja para un solo programa de educativo por cada materia.
6. Duplicar tantas veces como sea necesario este formato.
7. Si alguna información no es del todo clara, por favor comuníquese a la extensión 5371.
8. Una vez lleno, sacar 3 copias (servicios escolares posgrado FCN, docente y estudiante).

***GRACIAS POR SU COMPRENSIÓN Y AYUDA*** |

|  |
| --- |
| ***GENERALES DEL ALUMNO*** |
| NOMBRE COMPLETO (Apellido paterno, materno, nombre(s) |
| Expediente: | Posgrado: | Semestre: |
| Correo electrónico del estudiante: | Teléfono fijo y celular: |

|  |
| --- |
| ***GENERALES DEL DOCENTE*** |
| Nombre completo: | Clave: | Correo electrónico: |

|  |
| --- |
| ***DATOS DE LA MATERIA*** |
| Materia a cursar: | Clave: | Materia con la que convalida en esta Facultad (FCN): | Programa Educativo: |
| Clave: | Facultad receptora: | Programa Educativo: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre y firma del estudiante Nombre y firma del docente

 receptor de la materia a convalidar

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del

Coordinador del Posgrado