Fecha:

**DATOS DEL ALUMNO**

|  |
| --- |
| **NOMBRE:** |
| (Primer apellido) (Segundo apellido) (Nombres) MATRÍCULA  Email:  Tel. Cel.  Carrera: Grupo:  Número de Servicio Médico: Institución:  Actividad a Realizar:  **ESTANCIA 1 ESTANCIA 2 ESTADÍA** |
| SOBRE EL ORGANISMO RECEPTOR ¿En qué lugar desea realizar su estancia o estadía?    (Localidad) (Municipio) (Estado) |
| **ACTIVIDADES QUE DESEA REALIZAR:**  Relacionadas con su carrera |

¿Cuenta con la aceptación de un O.R.? **SI** **NO**

**DATOS DEL ORGANISMO RECEPTOR**

**Nombre:**

|  |
| --- |
| Teléfonos: Correo electrónico: |
| Área/ Departamento: responsable del Área: |

Si su respuesta fue **NO**, favor de anotar el O.R. y área de su interés según su orden de preferencia, siendo 1 el de mayor preferencia y 3 el de menor.

|  |
| --- |
| 1.- |
| 2.- |
| 3.- |
| **OBSERVACIONES:** |
|  |