



Fotografía
Tamaño
Infantil

SOLICITUD ESTUDIANTIL SUMA

Favor de utilizar letra de molde, así como anexar copia de Kardex.

INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha: _____

Nombre completo: _____
 Apellidos _____ Nombre(s) _____

Dirección: _____
 Calle y número _____

 Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____

Teléfono: (____) _____ E-mail: _____

Sexo: Masculino o Femenino o Estado civil: Soltero o Casado o

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
día / mes / año Ciudad Estado

Persona a quien avisar en caso de emergencia:
 Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

SELECCIÓN

Enlista las universidades en las que deseas estudiar, en orden de preferencia:

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

Universidad de Procedencia: _____
 Carrera: _____
 Promedio: _____
 Semestre: _____

Enero - Mayo
 Verano
 Agosto - Diciembre

ESTUDIOS DURANTE EL INTERCAMBIO

Periodo del intercambio:
 Otoño (Septiembre - Diciembre) o Primavera (Enero - Abril) o Verano o

Si ya tienes la información por favor anota las materias propuestas a cursar en la Universidad durante el intercambio

MATERIAS:



AL ACEPTAR LA UNIVERSIDAD ESTOY DE ACUERDO EN:

- Participar en todos los programas, incluyendo orientación y evaluación.
- Me someteré a una evaluación por parte de SUMA al final del programa.
- Pagaré a mi Universidad la cuota del programa de intercambio, así como colegiaturas.
- Es mi responsabilidad contar con seguro de gastos médicos y deberé presentar prueba de ello.
- Mi estancia estará limitada a un período determinado, una extensión requerirá de una revisión y aprobación por parte de ambas Universidades y SUMA.
- Mi intercambio podrá ser cancelado por parte de la Universidad o SUMA si dejo de asistir el tiempo completo señalado.
- Puede ser cancelado también por no cumplir con los reglamentos académicos de la Universidad o por SUMA o por violación a las leyes de la Ciudad o de la Universidad.
- Si me retiro del programa después de ser sido aceptado, este hecho pone en riesgo el volver a solicitar la participación dentro de un programa de intercambio.

AUTORIZACIÓN:

Estoy de acuerdo con las condiciones generales para el trámite de mi intercambio que a continuación se presentan:

- Me comprometo a cumplir con todos los reglamentos vigentes, tanto en mi Institución como de la Universidad destino.
- Tengo conocimiento de que el costo de hospedaje, alimentación y todos los demás gastos corren por mi cuenta
- Tengo conocimiento de que es requisito indispensable el contar con seguro **particular** de gastos médicos, accidente y vida (No IMSS, ISSTE)

CERTIFICO QUE TODO LO QUE HE LEIDO Y CONTESTADO ES CORRECTO Y LO ACEPTO.

Firma del solicitante

Fecha

Responsable del Depto. de Intercambios: _____

Nombre

Firma

Me comprometo a presentar la documentación correspondiente, así como anexar una copia del seguro médico de gastos mayores con cláusula de repatriación.

Estoy consciente que al no entregar estos documentos mi solicitud será automáticamente cancelada.

Firma del solicitante

Firma de consentimiento de padre o tutor: _____