Fecha:

**DATOS DEL ALUMNO**

|  |
| --- |
| **NOMBRE:**  |
|  (Primer apellido) (Segundo apellido) (Nombres) MATRÍCULAEmail: 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:** |
|  |