

DRA. GABRIELA CITLALLI LÓPEZ TORRES
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INTERCAMBIO ACADÉMICO

El que suscribe _____ con ID _____
alumno del ____ semestre de la carrera _____ de esta Institución
manifiesto mi decisión de realizar mi periodo de movilidad libre durante el semestre
_____ 20____, en la Universidad _____,
en _____.

Por lo anterior, acepto el compromiso de:

1. Lo que especifique en los criterios bajo este esquema en la Universidad Receptora
2. Cubrir el pago de tasas, créditos en la Universidad Receptora
3. No solicitar una beca, apoyo y/o lugares bajo convenio en la Universidad Receptora
4. Cumplir con el proceso de reinscripción (pagos) en la UAA
5. Adquirir el seguro de gastos médicos mayores durante mi estancia de movilidad.

Atentamente

Nombre y firma