

Aguascalientes, Ags., a _____ de _____ del _____

**[GRADO ACADÉMICO Y NOMBRE DEL TITULAR DE JEFATURA DE DEPARTAMENTO]
JEF(E/A) DEL DEPARTAMENTO DE APOYO A LA FORMACIÓN INTEGRAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
P R E S E N T E.**

El que suscribe _____ con ID _____
estudiante del _____ semestre del programa educativo _____
_____ 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
Estudiante