|  |
| --- |
| **PROPUESTA DE PROGRAMA DE CURSOS** |
| **Licenciatura**  **Posgrado**   |
|  | *Convocatoria* | AGOSTO | DICIEMBRE | 2019 |  |
|  | Mes inicio | Mes fin | Año |  |
|  |
| Nombre del estudiante: |       |
|  |  |
| Institución de origen: |       |
|  |  |
| Dependencia: |       |
|  |  |
| Carrera: |       |
|  |
|  |
| **Cursos a realizar en la institución receptora** | **Cursos que serán acreditados en la institución de origen** |
|  | *Título* |  | *Clave* |  | *Titulo* |  | *Clave* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |  |       |
|  |
| ***Materias optativas a cursar en caso de que las anteriores no se impartan o se adecuen conforme al semestre a cursar*** |
|  | *Título* |  | *Clave* |  | *Titulo* |  | *Clave* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |  |       |
|  |  |  |
| *Nombre y firma del Responsable Académico de la Carrera (sello)* |  | *Nombre y firma del Representante del Área de Movilidad* |
| Fecha: | 1 de marzo de 2019 |