|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Información Personal del Estudiante** | | | |
| **Nombre (s)** |  | | (Foto) |
| **Apellidos** |  | |
| **Fecha de nacimiento** |  | |
| **Lugar de Nacimiento** |  | |
| **Domicilio** | | | **C.P.** |
|  | | |  |
| **Teléfono Fijo** | **Celular** | **Correo Electrónico** | |
|  |  |  | |
|
| **# Póliza de seguro** | **Compañía de Seguro** | | **# de pasaporte** |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Información de Salud** | | | |
| **Alergias** | | **Tipo de alergia** |  |
| **Si** | **No** |
| **Padece alguna enfermedad** | | **Tipo de enfermedad** |  |
| **Si** | **No** |
| **Grupo Sanguineo** | | **Tipo de medicamentos** |  |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personas para contactar en caso de emergencia** | | |
| **Contacto 1** | | |
| **Nombre (s)** | **Apellidos** | **Parentesco** |
|  |  |  |
| **Correo electrónico** |  | |
| **Domicilio** | **Teléfono Fijo** | **Teléfono Celular** |
|  |  |  |
| **Contacto 2** | | |
| **Nombre (s)** | **Apellidos** | **Parentesco** |
|  |  |  |
| **Correo electrónico** |  | |
| **Domicilio** | **Teléfono Fijo** | **Teléfono Celular** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la Universidad de procedencia** | | | | | | |
| **Nombre de la Universidad de origen** |  | | | | | |
| **País** |  | | | **Ciudad** | |  |
| **Nombre del Representante de la Oficina de Internacionalización o Área a fin** |  | | | | | |
| **Correo Electrónico** |  | | | | | |
| **Teléfono** |  | | | | | |
| **Facultad en la que está inscrito** |  | | | | | |
| **Programa Educativo** |  | | | | | |
| **Ciclo Escolar** |  | | | **Semestre que cursa** | |  |
| **% de currícula** |  | | | **Promedio General[[1]](#footnote-1)** | |  |
| **Programa en el que participa** | | | | | | |
| **Estancia de investigación** | | **Convenio** | | | **CUMex** | |
| **Servicio social** | | **Prácticas profesionales** | | | **PILA** | |
| **Otro, especifique:** | | | | | | |
| **Duración de la estancia** | | | | | | |
| **Fecha de inicio** | | | **Fecha de término** | | | |
|  | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Homologación de cursos** | | | | |
| **#** | **Cursos de la**  **Universidad de procedencia** | | **Cursos de la**  **Universidad Autónoma del Carmen** | |
|  | **Clave de curso** | **Curso** | **Clave de curso** | **Curso** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y firma del estudiante | Nombre y firma  del gestor/responsable del programa educativo |
| Nombre, firma, sello  del Representante de la Oficina de Internacionalización o Área a fin | Nombre, firma y sello  Director de la facultad |
| Fecha de solicitud | |

**Secretaria Académica**

**Aviso de Privacidad simplificado de la base de datos personales de Oficina de Cooperación e Internacionalización**

La Universidad Autónoma del Carmen es responsable del tratamiento y protección de los datos personales que nos proporcione, conforme a lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche y demás normatividad aplicable.

Sus datos personales serán utilizados con la finalidad de llevar a cabo el proceso o trámite de Formato de Inscripción y Homologación de Cursos Movilidad Internacional Visitante.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para este fin, usted puede manifestarlo en el formato ARCO que se encuentra en la sección de formatos institucionales.

Se podrán transferir sus datos personales, en su caso a departamentos educativos internos y/o externos, con la finalidad de dar seguimiento al trámite de Homologación de Movilidad Internacional y Programa de Doble Titulación.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de [www.unacar.mx](http://www.unacar.mx)

Al tachar este cuadro doy mi consentimiento para el uso de mis datos personales y acepto haber leído y entendido el aviso de privacidad.

Firma y nombre de consentimiento

C.c.p. Expediente

C.c.p. Facultad

1. Anexar escala de calificaciones de la universidad origen [↑](#footnote-ref-1)