



Foto / Photo

Extensión Académica ENPEG "La Esmeralda"

SOLICITUD DE MOVILIDAD
MOBILITY STUDENT APPLICATION

Fecha / Date: _____

Institución a la que aplica la movilidad / Institution to which the mobility applies			
Apellidos / Lastname		Nombre / Name	
Sexo / Gender		Lugar y fecha de nacimiento / Place and date of birth	
Nacionalidad / Nationality		No. de pasaporte / Passport number:	
Domicilio / Address			
Correo electrónico / E-mail		Teléfono y teléfono móvil / Phone and cell phone	
Domicilio de los padres / Parents' address			
Contacto de los padres / Parents' contact			
Dominio de idiomas Language skills	Inglés % English %	Alemán % German %	Francés % French %
Just for foreigners: Language and communicative skills in Spanish	Comprehension %	Spoken %	Written %
Área de especialización Area of Study	Semestre actual de estudios Current year of studies	Semestre de intercambio Exchange semester	
No. Seguro médico internacional International medical insurance:	Aseguradora / Company:		

¿Cuenta con recursos suficientes para solventar los gastos de transportación, hospedaje y manutención durante su periodo de movilidad? **Sí** ____ / **No** ____

¿Cuenta actualmente con alguna beca? **Sí** ____ / **No** ____

Indique cuál y el periodo de duración de esta: _____

Nombre y firma del estudiante / Student's name and signature

Avenida Río Churubusco, 79, Country Club, Coyoacán, CDMX, CP 04210 Teléfono: 5541550000 extensión 1404
www.inba.gob.mx Correo electrónico: enpeg.extensionacademica@inba.gob.mx



2025
Año de
**La Mujer
Indígena**