

COLEGIO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS DEL ESTADO DE TLAXCALA

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN**Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado, los Centros de
Educación Media Superior a Distancia del Estado de Tlaxcala****Formato de solicitud de admisión al Programa
de Movilidad Estudiantil Internacional
Otoño 2024**Foto infantil
blanco y
negro**DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE**

Nombre (s)			
Plantel		Sexo	
Semestre		No. de Pasaporte	
Calle y numero		No. de VISA	
Colonia		Teléfono	
Municipio		Matrícula escolar (estudiante)	
Correo electrónico:		No. de Seguridad Social	

DATOS DE MOVILIDAD DE LA INSTITUCION EDUCATIVA RECEPTORA*(Información que será recabada por la Dirección de Vinculación)*

Institución de Destino	
Lugar	
Programa	
Inicio de Estancia (mes/año)	
Término de estancia (mes/año)	



DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN

ADICIONALES

Nombre del padre o tutor	
Teléfono	
Domicilio	

AUTORIZO que mi hijo (a) realice la estancia de Movilidad Estudiantil en la Institución solicitada

Firma de autorización del padre o tutor.

Nota: anexar copia del INE del Tutor.



COLEGIO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS DEL ESTADO DE TLAXCALA

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN**Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado, los Centros de
Educación Media Superior a Distancia del Estado de Tlaxcala****Formato de solicitud de admisión al Programa
de Movilidad Estudiantil Internacional
Otoño 2024**Foto infantil
blanco y
negro**DATOS PERSONALES DEL DOCENTE**

Nombre (s)			
Plantel		Sexo	
Semestre		No. de Pasaporte	
Calle y numero		No. de VISA	
Colonia		Teléfono	
Municipio		No. Empleado	
Correo electrónico:		No. de Seguridad Social	

DATOS DE MOVILIDAD DE LA INSTITUCION EDUCATIVA RECEPTORA*(Información que será recabada por la Dirección de Vinculación)*

Institución de Destino	
Lugar	
Programa	
Inicio de Estancia (mes/año)	
Término de estancia (mes/año)	

