

PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL NACIONAL  
LICENCIATURA  
PROPUESTA DE PROGRAMA DE CURSOS

Semestre solicitado

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	Título	Clave
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**Materias optativas a cursar en caso de que las anteriores no se impartan o se adecuen conforme al semestre a cursar**

	Título	Clave	Título	Clave
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Responsable Académico de la Carrera  
(sello)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Representante del Comité Local

Lugar y fecha: