****

**SOLICITUD DE ESTUDIANTES VISITANTES**

 **AÑO 202\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre estudiante:** | **Campo de estudio:** | **Número de pasaporte**: |  |
| **Fecha de nacimiento:** | **Nacionalidad::** |
| **Teléfono:** | **Email:** |
| **Domicilio permanente:**  | **Ciudad/ provincia:** |
| **Código postal:** | **Teléfono:** |
| **Contacto de emergencia (nombre, parentesco, correo electrónico, teléfono):** |
| **Universidad de origen:**  | **Correo de contacto de la Universidad de origen:** |
| **Fecha de llegada:** | **Fecha de salida:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Nombre del curso** | **Semestre** | **Créditos\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*Debe tomar un máximo de 6 cursos o 30 créditos máximo en el caso de licenciaturas o pregrados.

Declaro conocer y aceptar los procedimientos y condiciones para ser Estudiante Visitante en la Universidad del Valle de Guatemala los cuáles acepto. Asimismo, me comprometo a cumplir la normativa de la UVG.

Firma del estudiante: Fecha:

**Autorización Universidad del Valle de Guatemala Autorización Universidad de origen**

**Coordinación de Internacionalización**  Nombre de oficina:

Firma y sello: Firma y sello:

**Las solicitudes deben enviarse a: asuntosinternacionales@ uvg.edu.gt**