**Dirección General de Desarrollo Internacional**

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**

**P R E S E N T E**

Por medio de este conducto, expreso que tengo pleno conocimiento y estoy conforme en que mi **(parentesco)** de nombre **(nombre del estudiante),** alumno(a) de la Licenciatura en **(nombre del programa académico)**, de la Facultad de **(nombre de la Facultad)** realice un intercambio **(nacional o internacional)** en la Universidad **(nombre de la Universidad)**, **(País)** durante el periodo de **Otoño 2023** bajo las condiciones que estipula el Programa de movilidad. ***Así mismo, expreso que me comprometo a sufragar los gastos que esto origine (ver tabla adjunta).***

Sin otro particular, quedo de Usted.

**AT E N T A ME N T E**

**H. Puebla de Z., a \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 202\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del padre, madre o tutor legal.**

**NOTA: Se debe adjuntar copia de identificación oficial de padre, madre o tutor legal y el presupuesto de movilidad.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PAÍS:** | | |
| **Concepto** | **Por mes** | **Meses de estancia** | **Total** |
| **Pasaporte** |  |  |  |
| **Visa/permiso migratorio** |  |  |  |
| **Certificado médico** |  |  |  |
| **Certificado de idioma** |  |  |  |
| **Boleto de avión de ida y vuelta** |  |  |  |
| **Seguro de gastos médicos mayores** |  |  |  |
| **Gastos administrativos y material académico** |  |  |  |
| **Transporte terrestre (de hogar a aeropuerto y viceversa)** |  |  |  |
| **Costo de vida (hospedaje, transporte interno, alimentación, servicios)** |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

***NOTA: El formato es de referencia y puede modificarse de acuerdo con las necesidades de de cada país y estudiante.***