

1. El/la solicitante debe cumplir los siguientes requisitos para solicitar intercambio académico en CENTRO:
  - a. Confirmar la existencia de un convenio de intercambio<sup>1</sup> firmado por las autoridades de la institución de origen y CENTRO.

*<sup>1</sup>Es responsabilidad del solicitante conocer y respetar los acuerdos establecidos en dicho convenio.  
En el caso de no existir dicho convenio, el/la estudiante admitido acepta pagar las colegiaturas de CENTRO.*

- b. Tener un promedio mínimo de 8.5/10 o equivalente.
  - c. Contar con habilidades de comunicación en el idioma español y la capacidad de aplicarlas en un ambiente académico.
4. El/la solicitante deberá enviar la siguiente documentación de manera digital a [Ámbito Estudiantes y Egresados ambitoestudiantes@centro.edu.mx](mailto:ambitoestudiantes@centro.edu.mx)
  - a. La presente Solicitud de intercambio académico cumplimentada y firmada.
  - b. Historial académico o tira de materias en español o inglés.
  - c. Copia de la credencial vigente de la institución de origen.
  - d. Copia de el pasaporte con vigencia mayor a 6 meses.
  - e. CV y Portafolio de trabajo. Entrega digital: URL o archivo comprimido no mayor a 10Mb.
5. Tras la recepción de la documentación, ésta será revisada por la Dirección de la licenciatura correspondiente y se agendará una entrevista.
6. En caso de aprobación de la solicitud, se hará llegar a el/la estudiante una carta de aceptación en la que se indicará establecer contacto con la Dirección de la licenciatura al que fue admitido para la elección de materias a cursar en CENTRO y sus respectivos horarios.
7. Adicionalmente, deberá enviarse la siguiente documentación:
  - a. Póliza de seguro de accidentes personales con cobertura internacional, según la procedencia.
  - b. Copia de documento(s) migratorio(s).<sup>2</sup>

*<sup>2</sup>Es responsabilidad del solicitante conocer y cubrir los requisitos de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México para los visitantes de su nacionalidad. La visa de estudiante para México puede solicitarse en el Instituto Nacional de Migración, ubicado en Av. Ejército Nacional 862, Col. Polanco, C.P. 11570, Del. Miguel Hidalgo, México, D.F., o en la representación de México en su país de residencia. Es indispensable que el/la estudiante aceptado copia del documento migratorio vigente que acredite su legal estancia en México, y en su caso, los referendos/extensiones de su legal estancia durante su permanencia en la institución.*

8. El/la estudiante aceptado/a debe presentarse en Ámbito Estudiantes y Egresados de CENTRO para tener su sesión de bienvenida, conocer el campus y nuestras plataformas tecnológicas, así como entregar el original de la Solicitud de intercambio académico.

Fecha de solicitud

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |
| día | mes | año |

CHECKLIST DE REQUISITOS INICIALES:

¿Existe un convenio de intercambio firmado por las autoridades de la institución de origen y CENTRO?

Sí ☐ No ☐

- ☐ Copia de credencial vigente de la institución de origen
- ☐ Copia de pasaporte con vigencia mayor a 6 meses
- ☐ CV y Portafolio
- ☐ Solicitud de Intercambio cumplimentada y firmada por la oficina de intercambios de la institución de origen
- ☐ Historial académico o tira de materias en español o inglés que refleje un promedio mínimo de 8.5/10 o equivalente

DATOS GENERALES

¿Cuáles son tus pronombres?

|                     |  |                 |      |                          |                |                          |                            |                            |
|---------------------|--|-----------------|------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nombre(s)           |  | Primer Apellido |      | Segundo Apellido         |                | Él <input type="radio"/> | Ella <input type="radio"/> | Elle <input type="radio"/> |
| Fecha de nacimiento |  | Nacionalidad    | Lada | Teléfono                 | Teléfono móvil |                          |                            |                            |
| E-mail personal     |  |                 |      | Website   URL Portafolio |                |                          |                            |                            |

DATOS ESCOLARES

|                                                |  |                                                                                             |                    |     |
|------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----|
| Institución de origen                          |  | País                                                                                        | Ciudad   Estado    |     |
| Licenciatura que actualmente cursa             |  | Número de matrícula                                                                         | Semestre           |     |
| Licenciatura a la que desea ingresar en CENTRO |  | Duración del intercambio <input type="radio"/> 1 semestre <input type="radio"/> 2 semestres |                    |     |
| Inicio de intercambio                          |  | Año                                                                                         | Fin de intercambio | Año |

TIPO DE CONVENIO

☐ Intercambio ☐ Study Abroad

CARTA DE MOTIVOS

Explica, en idioma español, tus motivos para estudiar en CENTRO.

El/ la solicitante \_\_\_\_\_ de nacionalidad \_\_\_\_\_ mayor de edad, en su carácter de solicitante para intercambio académico en Centro de Diseño y Comunicación, S.C. (CENTRO), se compromete a conocer y cumplir el procedimiento de admisión para intercambio académico y corrobora que los datos proporcionados son verídicos, por tanto, si es que se llegara a detectar información falsa o documentación apócrifa anexa a esta solicitud, y es consciente de que se procederá a la cancelación de la solicitud y/o aceptación en su caso otorgada, independientemente de las consecuencias legales a que haya lugar.

Nombre y firma el/la solicitante

Nombre, firma y sello de la institución de origen

Fecha

día

mes

año

DOMICILIO DEL ESTUDIANTE

|                   |                      |                 |               |
|-------------------|----------------------|-----------------|---------------|
| Domicilio   Calle | Núm. exterior        | Núm. interior   | Código Postal |
| Colonia           | Alcaldía o Municipio | Ciudad   Estado |               |

DATOS CLÍNICOS

|                                                          |                          |                          |  |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| ¿Tienes algún tipo de alergia?                           | Sí <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |  |
| Grupo sanguíneo                                          | Especifique              |                          |  |
| ¿Se encuentra bajo algún tratamiento médico actualmente? | Sí <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |  |
|                                                          | Especifique              |                          |  |

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A

|                 |            |          |
|-----------------|------------|----------|
| Nombre completo | Parentesco | Teléfono |
| Nombre completo | Parentesco | Teléfono |

El/ la solicitante \_\_\_\_\_ de nacionalidad \_\_\_\_\_ , mayor de edad, en mi carácter de solicitante para intercambio académico en Centro de Diseño y Comunicación, S.C. (CENTRO), acepto y convengo lo siguiente: (1) En caso de que sufra algún accidente o siniestro dentro de las instalaciones de CENTRO, que amerite que el solicitante reciba atención hospitalaria, ésta será proporcionada por el Hospital de Benefcencia Española también conocido como “Hospital Español” ubicado en Avenida Ejército Nacional 613, Col. Granada, Ciudad de México, C.P. 11520, conforme a los términos y condiciones que CENTRO tiene convenidos con dicho hospital. (2) En caso de que el/la solicitante opte por recibir la atención hospitalaria requerida por motivo de algún accidente o siniestro ocurrido dentro de las instalaciones de CENTRO en cualquier otro servicio médico distinto al Hospital de Benefcencia Española, el/la solicitante cubrirá directamente por su cuenta y cargo la totalidad de los gastos hospitalarios, honorarios médicos, medicamentos y demás erogaciones que se generen por tal concepto, quedando CENTRO liberada de cualquier responsabilidad, incluyendo especialmente las de índole económica y la relacionada con la calidad de la atención médica que el solicitante reciba. (3) Reconozco que CENTRO únicamente cuenta con un seguro de accidentes personales y no con un seguro de gastos médicos mayores, por lo que durante mi estancia en México correrán exclusivamente por cuenta y cargo del solicitante todos los gastos médicos que llegue a requerir, incluyendo en forma enunciativa honorarios médicos, medicamentos, alquiler de aparatos y equipo médico en general, entre otros que el/la solicitante pueda llegar a necesitar por cualquier tipo de patología, enfermedad y/o padecimiento, salvo por lo previsto en el inciso (1) anterior.

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| Nombre y firma del/la solicitante | Fecha       |
|                                   | día mes año |