**MEMORANDO**

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA: | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| PARA: | Coordinador de su programa de maestría.  Coordinador(a) Elija un elemento. |
| DE: | Nombre del estudiante  Código del estudiante |
| ASUNTO: | Solicitud Autorización Intercambio Académico |

En mi calidad de estudiante de Programa que se está cursando solicito autorización para realizar intercambio académico en la Universidad Universidad en la cual desea realizar el intercambio de País de la Universidad de destino durante el intercambio académico tomaré los siguientes cursos: Haga clic aquí para incluir los cursos.

Si lo considera pertinente incluya una justificación para su solicitud.

Agradezco la atención prestada a la presente.

Atentamente,

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo estudiante.**

Código Estudiante.

Correo@uniandes.edu.co

Correo alterno

Números telefónicos de contacto

Original: Estudiante

1ª. Copia: Carpeta Estudiante