



FO-DGVI-099-01

Solicitud de Movilidad de Profesores Investigadores/Gestores

Fecha de Solicitud:

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre completo: Celular:

Sexo: H M Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: Nacionalidad:

Correo personal: Correo UACJ:

PARA ESTANCIAS PRESENCIALES

No. de póliza de gastos médicos mayores con repatriación de restos:

INFORMACIÓN DE ADSCRIPCIÓN PROFESORES

No. de Empleado: Antigüedad como PTC: Instituto: Campus:

Departamento: Programa:

Dominio del idioma Inglés: Si: No: Otros idiomas:

*Nombre del cuerpo Académico:

*LGAC:

Grado Académico: Licenciatura: Maestría: Doctorado:

INFORMACIÓN DE ADSCRIPCIÓN GESTORES

No. de Empleado: Dirección o Instituto:

Subdirección o Departamento:

Dominio del idioma Inglés: Si: No: Otros idiomas:

Grado Académico: Licenciatura: Maestría: Doctorado:

INFORMACIÓN DE LA ESTANCIA

Tipo de estancia:

Estancia de Investigación (15 días a 12 meses)

Estancia Académica (1 a 6 meses)

Estancia Posdoctoral (1 a 11 meses)

Estancia de Formación (3 días a 6 semanas)

Actividad: Presencial Semipresencial Virtual

Consortio/Convenio: Programa de aplicación (convocatoria):

Institución receptora: País: Ciudad:

Nombre del Contacto: Correo:

Periodo de Realización:

Inicio:

Día: Mes: Año:

Término:

Día: Mes: Año:

Apoyo Solicitado:

Viáticos Boleto de Avión Inscripción

Otros: Monto Solicitado:

Llenado por SCI

Fondo de Apoyo: Monto Autorizado:

**Dirección General de Vinculación, Intercambio
y Responsabilidad Social**

**Subdirección de Cooperación
e Internacionalización**