Solicitud de Movilidad de Docentes Investigadores/Gestores Visitantes

Fecha de Solicitud:

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre completo:

Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: Edad:

Nacionalidad: Sexo: H M

Correo electrónico:

Télefono local: Celular:

INFORMACIÓN DE ADSCRIPCIÓN DEL VISITANTE

Grado Académico: País de la Institución:

Nombre de la Universidad:

Nombre del cuerpo Académico:

Área de conocimiento:

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

INFORMACIÓN DE LA ESTANCIA EN LA UACJ

Consorcio a través del cual se realiza la estancia:

Tipo de Estancia:

- ☐ Estancia de Investigación (1 a 12 meses)
- ☐ Estancia Académica (1 a 6 meses)
- ☑ Estancia de Formación (3 días a 6 semanas)

Actividad: ☐ Presencial ☐ Semipresencial ☐ Virtual

Instituto: Campus: Departamento:

Programa Educativo:

Nombre del Contacto: Correo:

Periodo de Realización:

Inicio:	Término:
Día: Mes: Año:	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

Subdirectora de Cooperación e Internacionalización