



# Solicitud de Movilidad de Docentes Investigadores/Gestores Visitantes

Fecha de Solicitud:

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre completo:

Fecha de Nacimiento:    Día:    Mes:    Año    Edad:

Lugar de Nacimiento:    Nacionalidad:

Sexo: M    F    RFC:

Correo personal:

Teléfono local    Celular:    #Empleado:

## INFORMACIÓN ACADÉMICA

Grado Académico:

Nombre de la Universidad:

País de la Institución:

Departamento:

:Área de Conocimiento:

**Especifique según corresponda:**

Pertenece a un Cuerpo Académico:

Nombre del cuerpo Académico:

Perfil PRODEP: Si    No    Perfil SNI:

Idioma inglés: Si    No    Otros Idiomas:

## INFORMACIÓN DE LA ESTANCIA

Consortio a través del cual se realiza la estancia:

Tipo de Estancia:

Estancia de Investigación (1 a 12 meses)

Estancia de Formación (3 días a 6 semanas)

Estancia Académica (1 a 6 meses)

Instituto:

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

Tipo de Consorcio:

Monto autorizado: