

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: