

SOLICITUD DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS NACIONALES O INTERNACIONALES DE CORTA DURACIÓN

Dr. Manuel Torres Labansat
Cordinador General de Estudios de Posgrado
Presente:

Por este conducto me permito solicitar el apoyo para realizar la siguiente actividad académica de acuerdo con los datos que a continuación se mencionan:

Nombre del alumno(a): _____ Número de cuenta: _____

Nacionalidad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Programa de Posgrado: _____

Nivel de Estudio: Maestría Doctorado Semestre que cursa: _____

Nombre del tutor: _____

Correo Electrónico del tutor: _____ Teléfono del tutor: _____

Nombre de la actividad académica: _____ Lugar de la actividad académica: _____

Fecha de inicio: (dd/mm/aaa) _____ Fecha de término: (dd/mm/aaaa) _____

Llenar solo en caso de Estancia de Investigación	
Nombre de la Institución receptora:	_____
Ciudad y país donde se localiza:	_____
Nombre del académico responsable:	_____
Teléfono (s):	_____

IMPORTANTE: ¿Cuentas con apoyo económico adicional para esta actividad académica? SI NO

Procedencia: _____ Importe: _____

Domicilio geográfico (Norma técnica de domicilio geográfico INEGI)

_____	_____	_____	_____
Tipo de vialidad	Nombre de la Calle (vialidad)	No. Exterior	No. Interior
_____	_____	_____	_____
Tipo de Asentamiento humano	Nombre de la Colonia (asentamiento)	Código Postal	Cv. Localidad (se consulta del INE)

Entidad Federativa

Alcaldía o Municipio

y _____
Entre Vialidades (calles)

Información personal

Teléfono celular: _____ Teléfono casa _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ CURP _____
_____/_____/_____
Día Mes Año

RFC con Homoclave

Estado civil Soltero(a) [] Casado (a) [] Unión libre [] Otro _____

Señale si considera que pertenece a algunos de estos grupos por autoadscripción:

Discapacidad: No [] Si [] ¿De qué tipo? _____

Etnia indígena: No [] Si [] ¿Cuál? _____

Comunidad afromexicana: No [] Si []

Información de contacto de algún familiar en caso de accidente:

Nombre Completo: _____ Parentesco: _____

Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____

Dirección: _____

**DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ
EN CASO CONTRARIO ASUMIRÉ LAS SANCIONES CORRESPONDIENTES.**

Ciudad Universitaria, Cd.Mx. a _____ de 2023.

FIRMA DEL ALUMNO (A)