

Programa de Estancias Académicas y de Investigación Nacional
Aplicación para Estudiantes Visitantes a la UACJ

FO-DGVI-221-01

Fotografía

Fecha de aplicación: _____ de _____ del _____

Tipo de Estancia:

Académica Investigación

Periodo:

enero - junio verano agosto – diciembre

Información Personal

Nombre: _____
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección: _____
Calle No. Colonia/Fraccionamiento
Ciudad Estado / País C.P.

Teléfonos: () () ()
Casa Móvil Trabajo

Correo Electrónico: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: Femenino Masculino
DD MM AAAA

Lugar de Nacimiento: _____ Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Otro: _____

Contacto en Emergencias

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfonos: () () ()
Casa Móvil Trabajo

Correo Electrónico: _____

Información Académica

Institución de Procedencia: _____

Programa Educativo: _____ Semestre actual: _____

Promedio General: _____ Nivel de Estudios: Licenciatura Maestría Doctorado

Consortio **nacional** por la que participa: ANUIES CUMEX ECOES

Consortio **internacional** por la que participa: BCJ BRAMEX JIMA CONAHEC
 CONVENIO BILATERAL UDUAL
 UMAP Otro _____

¿Cuenta con algún tipo de Beca? _____ ¿Cuál? _____

Instituto al que desea Ingresar: CC CNCG CU IADA ICB ICSA IIT

Programa Educativo: _____

Indique las asignaturas que desea cursar e la UACJ:

Nombre de la Asignatura	Clave	Instituto que la Oferta
1.-		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		
6.-		
7.-		
8.-		

Para Estancias de Investigación

Investigador que lo recibirá en la UACJ: _____

Departamento de adscripción: _____

Nombre del Proyecto: _____

Lugar donde se desarrolla la investigación: _____

Fecha de estancia: _____

Consortio de aplicación: AMC DELFÍN Otro: _____

Hospedaje

¿Requiere Información sobre hospedaje? Si No. Si respondió sí, indique la ubicación:

Cerca de la Escuela Céntrico NO importa. Monto disponible: _____

Características: Departamento independiente Casa de asistencia Familia anfitriona

Información Adicional

En el siguiente espacio, indique información relevante que la Oficina de Cooperación, Movilidad e Intercambio Académico, deba tener de su persona: (enfermedades, hábitos alimenticios, etc.)

Nombre y firma del estudiante: _____

Requisitos Documentales

Favor de adjuntar a esta solicitud los siguientes documentos:

- ✓ Formato de solicitud de servicios para estudiantes visitantes
- ✓ Carta postulación dirigida a la Mtra. Alejandra Orozco Irigoyen, Subdirectora de Cooperación, Movilidad e Intercambio Académico
- ✓ CárDEX oficial o historial académico
- ✓ Copia de Identificación Oficial (DNI)
- ✓ CURP (copia)
- ✓ Carta de exposición de motivos (Máximo dos cuartillas)
- ✓ Dos cartas de recomendación académica
- ✓ Una fotografía tamaño credencial a color (pegarla al formato de solicitud de servicios para estudiantes visitantes)
- ✓ Visa de turista para Estados Unidos (preferentemente)
- ✓ Comprobante de seguro de Gastos Médicos Mayores que incluya seguro de vida
- ✓ Copia de la vigencia del seguro médico del IMSS