

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

FO-DGVI-221-01



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 Céncrico 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: _____