

SOLICITUD DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS NACIONALES O INTERNACIONALES DE CORTA DURACIÓN

Dra. Cecilia Silva Gutiérrez
Cordinadora 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 []

Informacion 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.
AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE MIS DATOS PERSONALES PARA REALIZAR LA GESTIÓN DE MI APOYO SOLICITADO.**

Ciudad Universitaria, Cd.Mx. a _____ de 2024.

FIRMA DEL ALUMNO (A)

NOTA: Todos los campos de llenado son obligatorios, a falta de alguno no procederá esta solicitud.

Aviso de privacidad. El Departamento de PAEP de la Universidad Nacional Autónoma de México es el responsable del tratamiento de los datos personales, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales, utilizaremos la información personal proporcionada únicamente con la finalidad de realizar la gestión del apoyo del PAEP. Esta área universitaria no transfiere sus datos personales, excepción hecha de un requerimiento de autoridad competente o derivado del cumplimiento de alguna obligación legal.