

SOLICITUD DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS NACIONALES O INTERNACIONALES DE CORTA DURACIÓN 2025

Dra. Cecilia Guadalupe Silva Gutiérrez
Coordinadora General de Estudios de Posgrado
Presente:

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

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

Nacionalidad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Programa de Posgrado: _____

Nivel de Estudio: Maestría Doctorado Semestre que cursa durante la actividad: _____

Nombre del tutor(a): _____

Correo Electrónico del tutor(a): _____ Teléfono del tutor(a): _____

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

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

En caso de ser una actividad curricular obligatoria, especificar nombre de la asignatura:

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): _____

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 2025.

FIRMA DEL ALUMNO (A)

En caso de actividad curricular
Vo. Bo. del Tutor (a) Responsable

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

Aviso de privacidad. El Departamento de Apoyo a Estudios de Posgrado 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.