



**SOLICITUD DE ESTANCIAS DE INVESTIGACIÓN**  
(Llenado **obligatorio** a computadora)

**DATOS PERSONALES:**

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ CURP (Obligatorio): \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Género: H:  M:   
Tipo de Vialidad: \_\_\_\_\_ Nombre de la calle: \_\_\_\_\_ N° Exterior: \_\_\_\_\_ N° Interior: \_\_\_\_\_  
Tipo de Asentamiento: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_ CV. Localidad (consultar INE): \_\_\_\_\_  
Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Municipio/Alcaldía: \_\_\_\_\_  
Entre Vialidades: \_\_\_\_\_ Vialidad Posterior: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono oficina: \_\_\_\_\_

**Señale si considera que pertenece a alguno de los siguientes grupos de autodescripción (no, si y cual en caso de aplicar):**

Discapacidad: \_\_\_\_\_ Etnia Indígena: \_\_\_\_\_ Comunidad Afroamericana: \_\_\_\_\_

**Seguro Médico Internacional**

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Compañía: \_\_\_\_\_

**Información de contacto de algún familiar en caso de accidente:**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS ESCOLARES:**

Programa de Posgrado: \_\_\_\_\_ Clave del plan de estudios: \_\_\_\_\_  
Clave de la entidad: \_\_\_\_\_ Entidad académica: \_\_\_\_\_  
Nivel de estudio: \_\_\_\_\_ Semestre que cursa: \_\_\_\_\_ Duración del plan de estudios: \_\_\_\_\_  
Nombre del tutor principal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

**ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN:**

Fecha de Inicio (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_  
Nombre de la institución receptora: \_\_\_\_\_  
Ciudad y país donde se localiza: \_\_\_\_\_  
Nombre del cotutor extranjero: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE BECA DE MANUTENCIÓN (EN CASO DE CONTAR CON ELLA):**

Cuenta con alguna Beca: No:  Si:  ¿Cuál? Institución que la otorga: \_\_\_\_\_  
Monto Mensual: \_\_\_\_\_ Inicio: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**Documentación requerida que se debe anexar a esta solicitud:**

1. Listado de Actividades académicas de larga duración aprobadas
2. Constancia de actividades académicas para beca
3. Comprobante de inscripción
4. Copia de la carta de aceptación de la IES receptora
5. Carta Compromiso firmada
6. Copia de la póliza del Seguro Médico y/o carnet IMSS o ISSSTE (según el destino de la Actividad)

**DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ**

Ciudad Universitaria, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Alumno

\_\_\_\_\_  
Nombre y Vo. Bo del tutor principal

\_\_\_\_\_  
Vo. Bo. de la persona titular de la Coord. del Programa de Posgrado.