



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA COSTA SUR

Código
FR-SAC-11
Revisión No.
4
Fecha de revisión
19/01/2018
Nivel de confidencialidad
2



FORMATO DE SOLICITUD

DATOS PERSONALES:

Apellidos:

Correo electrónico:

Código:

Nombre (s):

Tel. o Cel.:

DATOS LABORALES:

Nombramiento:	Categoría:	Nivel:
<input type="checkbox"/> Profesor de Asignatura	<input type="checkbox"/> Asistente	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> Técnico Académico	<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> Profesor Investigador	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> No Aplica	<input type="checkbox"/> No Aplica

Nombre del cuerpo:

Cuerpo académico:

Departamento:

<input type="checkbox"/> Contaduría	<input type="checkbox"/> Ingenierías	<input type="checkbox"/> Estudios para el Desarrollo Sustentable de Zonas Costeras
<input type="checkbox"/> Ciencias Administrativas	<input type="checkbox"/> Producción Agrícola	
<input type="checkbox"/> Estudios Jurídicos	<input type="checkbox"/> Ecología y Recursos Naturales	
<input type="checkbox"/> Estudios Turísticos	<input type="checkbox"/> Ciencias de la Salud y Ecología Humana	

DATOS ACADÉMICOS:

Último grado de estudios:

<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Maestría
<input type="checkbox"/> Doctorado

Institución de obtención de grado:

Lugar: (Ciudad, Estado y País)

ACTIVIDAD A REALIZAR:

Tipo: Nacional Internacional

Periodo de la actividad: Inicio: Fin:

Actividad:

<input type="checkbox"/> Participación como ponente	<input type="checkbox"/> Asistencia a Congreso	<input type="checkbox"/> Titulación
<input type="checkbox"/> Participación en Reunión Científica	<input type="checkbox"/> Estancia Académica	<input type="checkbox"/> Estudio de Posgrados
<input type="checkbox"/> Visita de Profesor Huésped		

DATOS DEL EVENTO:

Institución de destino:

Lugar: (Ciudad, Estado y País)

Nombre del evento:

Nombre del tema: (Aplica sólo para ponentes)



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE LA COSTA SUR



Código
FR-SAC-11
Revisión No.
4
Fecha de revisión
19/01/2018
Nivel de confidencialidad
2

EN CASO DE PROFESOR HÚESPED:

Apellidos: Nombre (s):

Institución de origen: Lugar de Origen: (*Ciudad, estado y país*)

FINANCIAMIENTO REQUERIDO PARA MOVILIDAD:

Cantidad total solicitada: \$____,____.____ Cantidad en letra: xxx xxxxx pesos xx/100 M.N.

Concepto del gasto:

<input type="checkbox"/> Inscripción \$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Transporte aéreo \$ <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hospedaje \$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alimentación \$ <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Transporte terrestre \$ <input type="text"/>	

Terrestre: sólo apoya BOLETOS DE CAMIÓN, TAXIS Y UBERS.

APARTADO SÓLO PARA QUIEN SOLICITA APOYO PARA TITULACIÓN O ESTUDIO DE POSGRADO

Grado a obtener: Doctorado Maestría

Nombre del posgrado: Lugar: (*Ciudad, Estado y País*)

Tipo:

Inicio del posgrado Continuidad No Aplica

FINANCIAMIENTO REQUERIDO PARA TITULACIÓN O POSGRADO

<input type="checkbox"/> Titulación. Impresión de tesis y empastado: \$ <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Titulación. Pago de examen o cuota para obtención de grado: \$ <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Estudio de posgrado. Pago de cuota, matrícula e inscripción: \$ <input type="text"/>

DATOS BANCARIOS

Banco Bancomer: No. de cuenta

Otro banco: Clave:

Nombre de la institución:
(*Aplica titulación/estudios de posgrados*)

NOTA: Una vez que su solicitud es autorizada, para poder iniciar la gestión de pago se requiere de su presencia a título personal para realizarlo.

Autlán de Navarro, Jalisco a de de 2018