**FORMULARIO DE POSTULACIÓN ACADÉMICO E INVESTIGADOR**

|  |
| --- |
| **ACADÉMICO E INVESTIGADOR** |

|  |  |
| --- | --- |
| Institución de origen | Universidad de Manizales |
| Unidad académica |  |
| Tiempo de permanencia en el cargo actual |  |
| Institución / Centro de estudios de destino |  |
| Área del conocimiento |  |
| Especialidad |  |

|  |
| --- |
| **Información del solicitante** |
| Apellido/s:  |
| Nombre/s:  |
| Lugar y fecha de nacimiento:  |
| Pasaporte N° |  | Fecha de vencimiento |   |   |   |
| Nacionalidad |  |
| Domicilio |  |
| Código Postal |  |
| Teléfono (con código del país) |  |
| E-mail:  |  |
| E-mail 2: |   |
| Domicilio Laboral |  |
| Teléfono |  | Ext. |
| E-mail:  |  |

|  |
| --- |
| **Experiencia laboral**  |
| Institución: Cargo:Fecha inicio: Fecha fin: Agregue tantos cargos como sea necesario |

|  |
| --- |
| **Actividades de investigación** |
| Tipo de actividad, institución, área de investigación y fechas. |

|  |
| --- |
| **Publicaciones (discriminar por libros, capítulos de libro, revistas con y sin referencia)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Actividades que desarrollará** |
| Duración: |
| Fecha de inicio:  |
| Fecha de terminación:  |
| **Motivación:****Objetivos:****Actividades a realizar:****Estrategia de diseminación de resultados una vez finalizada la movilidad:** |
| **Plan de recuperación de actividades académicas:** |
| **Nombre asignatura presencial:** | **Horario:** | **Actividades propuestas durante el periodo de movilidad para cada clase en la que se encuentre ausente:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **En caso de urgencia notificar a:**  |
| Nombre:  |
| Parentesco:  |
| Dirección:  |
| Localidad |  |
| Teléfono particular |  | Celular |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| Postulo a la presente Convocatoria bajo el total conocimiento de las condiciones y requisitos estipulados por el programa.  |
| Certifico que el presente formulario tiene carácter de Declaración Jurada.…………………………………………………………………………………………Nombre, firma y fecha |
| Conformidad de la institución de origen.Nombre y firma del Coordinador Institucional o responsable del Programa en la institución:Lugar y fecha:........................................ |