**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:........................................ |