



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE DESARROLLO DE PRODUCTOS BIÓTICOS

SOLICITUD DE MOVILIDAD



Yautepec, Morelos,

No. de folio:

Dra. Gabriela Trejo Tapia

Presidente del Colegio de Profesores de Posgrado

Por este medio solicito el aval del Colegio de Profesores de Posgrado para realizar la siguiente movilidad académica:

Modalidad (Estancia de investigación, Curso, Taller u otra):

Nombre del alumno:

Programa de Posgrado:

Periodo de la movilidad del:

Tipo de movilidad: **PRESENCIAL** **VIRTUAL** Esquema de vacunación covid 19 completo: **SÍ** **NO**

Justificación de la movilidad
(Definida por el Director de Tesis):

Objetivo principal de la
movilidad:

Institución receptora,
Facultad y/o laboratorio:

Domicilio:

País:

Ciudad:

Responsable(s) en la
institución receptora:
Origen de los recursos con que será financiada (Por ejemplo Beca Mixta CONACYT, Proyecto de Investigación
indicando nombre, entre otros):

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Alumno

Director(es) de tesis

NOTA: Reconozco que derivado de la crisis sanitaria mundial por COVID-19 el proceso de movilidad académica presencial podrá ser cancelado, previo o durante el inicio de las actividades académicas.
Se anexa: Cronograma de actividades y Carta de aceptación.



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE DESARROLLO DE PRODUCTOS BIÓTICOS
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**



Yautepec, Morelos, _____

Dra. Gabriela Trejo Tapia

Presidente del Colegio de Profesores de Posgrado

Por este medio le informo que, de no haber inconveniente, la acción de movilidad solicitada será bajo los siguientes términos:

Institución receptora:

Responsable externo:

Cronograma de actividades

	ACTIVIDAD	Fechas*	
		Inicio	Término
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

* Las fechas deben ser continuas, no traslaparse y cubrir toda la duración de la movilidad.

ATENTAMENTE

Vo. Bo.

Alumno

Responsable Externo

Vo. Bo.

Director(es) de tesis

Coordinador del Programa