**HOJA OFICIAL DE LA INSTITUCION DE ADSCRIPCION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **DÍA** | **MES** | **AÑO** |

**Dra. Liza Elena Aceves López**

Encargada de Despacho de la

Coordinadora de Apoyos a Becarios e Investigadores

CONACYT

Presente:

En el marco de la *Convocatoria 2023 de los “Apoyos Complementarios para Estancias Sabáticas Vinculadas a la Consolidación de Grupos de Investigación”* y con base requisitos establecidos respecto de los documentos obligatorios a presentar para la solicitud de beca de una Estancia Sabática, se informa de los criterios de autorización del año sabático a favor de:

1. **DATOS DEL ASPIRANTE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre y No. de CVU del Aspirante:** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Institución y Unidad****Académica de Adscripción:** |  |  |

1. **DATOS DE LA ESTANCIA SOLICITADA POR EL ASPIRANTE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Título del proyecto:** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Institución y Unidad Académica Receptora:** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre y No. de CVU del Investigador Anfitrión:** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Fecha de inicio de la beca:** |  |  | **1° de septiembre** |  |  | **1° de octubre** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Duración (meses):** |  | **6** |  | **7** |  | **8** |  | **9** |  | **10** |  | **11** |  | **12** |  |  | **Tipo de apoyo:** |  | **ESN** |  | **ESE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Fecha de reincorporación a su institución al término de la vigencia de la estancia:** |  |  |

1. **FUNDAMENTO LEGAL PARA LA AUTORIZACION DEL AÑO SABATICO:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Indicar el número de referencia y fecha del oficio en que se autoriza el periodo sabático**, así mismo incorporar en la solicitud el presente formato acompañado de una copia del oficio que se indica en éste apartado:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ATENTAMENTE,**

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y cargo de la Autoridad facultada**

**para la autorización del Año Sabático**