**ANEXO A: FORMULARIO DE POSTULACIÓN GESTOR**

| **GESTOR** |
| --- |

| Institución de origen |  |
| --- | --- |
| Unidad académica |  |
| Tiempo que se lleva en el puesto actual |  |
| Institución / Centro de estudios de destino |  |
| Lugar donde desempeña funciones |  |

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

| **Experiencia laboral pertinente** |
| --- |
| En caso de cumplir funciones en distintas instituciones detallar la información solicitada y agregar líneas de ser necesario |
| **Actividades que desarrollará** |
| Duración:  |
| Fecha de inicio:  |
| Fecha de terminación:  |
| Detallar plan de trabajo (en no más de 300 palabras) |
| Señalar el beneficio que representará en su lugar de trabajo (instituto/departamento/facultad) la actividad desarrollada en el programa de intercambio. |
| 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 del postulante |
| Conformidad de la institución de origen.Nombre y firma del Coordinador Institucional o responsable del Programa en la institución:Lugar y fecha:........................................ |

ESTE ANEXO ES PARTE INTEGRAL DEL CONVENIO DE INTERCAMBIO ACADÉMICO CELEBRADO ENTRE LA **“ASCUN”** LA **“ANUIES”** Y EL **“CIN”** EL 25 DE OCTUBRE DE 2017.