**Formato RI-ESN**

Apoyo Institucional para solicitudes de Estancia Sabática Nacional

**(Se debe presentar en papel con membrete de la *Institución receptora*)**

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

**MTRA. MARIA JOSE RHI SAUSI GARAVITO**

Coordinadora de Apoyos a Becarios e Investigadores

CONACYT

Presente:

En el marco de la Convocatoria 2020 de los *“Apoyos Complementarios para Estancias Sabáticas Vinculadas a la Consolidación de Grupos de Investigación*” y con base en sus términos y requisitos, me dirijo a usted para **respaldar institucionalmente la solicitud para la realización de la Estancia Sabática Nacional** que a continuación se detalla:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y No. de CVU del Aspirante:** | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Título del Proyecto:** |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Institución Receptora y Unidad Académica :** | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre y No. de CVU del Investigador Anfitrión:** | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vigencia de la beca:** | | | | **Inicio** | | | |  | |  | |  |  | **Fin** | |  |  |  |
|  | | | |  | | | | **DIA** | | **MES** | | **AÑO** |  |  | | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Duración de la estancia (# de meses):** | | | | | | | | |  | |  | | | |

Breve descripción del respaldo institucional para la realización de la estancia:

|  |
| --- |
|  |

Así mismo informamos que esta Institución aportará la infraestructura para el desarrollo del proyecto.

**ATENTAMENTE,**

Firma

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

**Nombre y cargo del Director General,**

**Rector General, Rector, Representante Legal**