(Se debe presentar en papel con membrete de la *Instituciónde adscripción del/la solicitante*)

Lugar y fecha.

Asunto: **Carta de Solicitud de Apoyo.**

Modalidad 3.2. Apoyo para realizar estancias de investigación

Opción I.Estudiantes

**DRA. ALEJANDRA OCHOA ZARZOSA**

**DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO DE CIENCIA,TECNOLOGÍA**

**E INNOVACIÓN DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO**

**P R E S E N T E**

En el marco de la *Convocatoria 2024 “Apoyo para el Fortalecimiento de las Capacidades Científicas, Humanísticas, Tecnológicas y de Innovación en Michoacán”* y con base en sus términos y requisitos, el(la) que suscribe, C. Nombre completo del(la) estudiante, estudiante inscrito(a) en el Grado o semestre que cursa del(la) Nombre del programa Técnico Superior Universitario, Licenciatura, Maestría o Doctorado en el(la) Nombre de la Institución educativa en el Estado y Unidad de Adscripción, con matrícula Número de matrícula **bajo protesta de decir verdad en la información y documentación proporcionada, manifiesto encontrarme sin adeudos o sanciones con el ICTI;** a la vez que expreso mi interés en realizar una estancia de investigación en una institución académica asentada en Entidad en México o País en el extranjero toda vez que he sido aceptado(a) con el proyecto denominado Nombre del proyecto; por lo que solicito ser considerado(a) para recibir apoyo económico para cubrir gastos por comprobar para el **pago de transporte,** en la **Modalidad 3.2. Apoyo para realizar estancias de investigación-Opción I. Estudiantes**, por un monto de $0.00 (Cero Pesos 00/100M.N.) toda vez que cumplo con los requisitos establecidos en la Convocatoria referida.

El proyecto a desarrollar tendrá las siguientes características:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del proyecto: | |  | | | | | |
| Área del conocimiento: | |  | | | | | |
| Institución receptora: | |  | | | | | |
| Nombre completo del(la) académico receptor(a): | |  | | | | | |
| Cargo y Área de adscripción del(la) académico receptor(a): | |  | | | | | |
| Lugar físico en donde se realizará la estancia: | |  | | | | | |
| Duración de la estancia (meses): |  | Fecha de conclusión de la estancia  (día-mes-año): | | |  | Fecha de inico de la estancia  (día-mes-año): |  |
| Este proyecto fue apoyado con la Convocatoria 2022 y/o 2023 de Fortalecimiento de Capacidades Científicas: | | SI | NO | Si la respuesta es afirmativa, escribir Nº de Folio 2022 y/o 2023: | | | |

En caso de que la propuesta sea evaluada positivamente, expreso mi compromiso de dar a conocer los resultados del impacto del proyecto desarrollado, participando en actividades de divulgación desarrolladas por el ICTI.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente y en espera de una respuesta favorable, reciba saludos cordiales.

**ATENTAMENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **NOMBRE Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL(LA) SOLICITANTE**  **Correo electrónico**  **Teléfono de contacto**  Obligatoria firma autógrafa con tinta de color azul | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **NOMBRE Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA O UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL(LA) SOLICITANTE**  **(Dirección, Coordinación, Centro, etc)**  **Correo electrónico**  **Teléfono de contacto**  Obligatoria firma autógrafa con tinta de color azul |