Facultad de Medicina

Art. 58 **FT-CTFM-17-07**

CONSEJO TÉCNICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Año o semestre sabático

(Profesores e Investigadores Tiempo Completo Definitivos)

C.U.R.P.	

R.F.C.	

Secretaría o Departamento de Adscripción	
Grado académico y Nombre	Grado Nombre(s) Apellidos
Categoría, Nivel y Tipo de Nombramiento actual	**Señale con una X** INVESTIGADOR ☐ TITULAR ☐ "A" ☐ PROFESOR DE CARRERA ☐ ASOCIADO ☐ "B" ☐ "C" ☐
Área académica	BÁSICA ☐ CLÍNICA ☐ SOCIOMÉDICA ☐
Periodo del año o semestre sabático que solicita	INICIO ___/___/___ (DD/MM/AA) TÉRMINO ___/___/___ (DD/MM/AA)
Labores que desempeñará	

DOCUMENTOS QUE DEBERÁ ANEXAR:

- **Escrito del interesado dirigido al Director**
- **Opinión escrita del Secretario ó Jefe de Departamento**
- **Plan de trabajo**
- **Carta de aceptación o invitación de la institución en donde realizará los estudios o investigaciones (cuando aplique)**

___/___/___	**El Interesado**	**El Secretario ó Jefe del Departamento**
Fecha de elaboración (DD/MM/AA)	Firma	Firma

Este formato y la documentación correspondiente deberán ingresarse a las oficinas de la SCT **un mes previo a la fecha de inicio del periodo sabático que se solicita.**