



CONSEJO TÉCNICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Diferimiento de periodo 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	<p>Señale con una X</p> <p>INVESTIGADOR <input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> "A" <input type="checkbox"/></p> <p>PROFESOR DE CARRERA <input type="checkbox"/> ASOCIADO <input type="checkbox"/> "B" <input type="checkbox"/></p> <p>"C" <input type="checkbox"/></p>		
Área académica	BÁSICA <input type="checkbox"/>	CLÍNICA <input type="checkbox"/>	SOCIOMÉDICA <input type="checkbox"/>
Fechas de diferición del periodo sabático	DEL <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	AL <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	
	(DD/MM/AA)	(DD/MM/AA)	
DOCUMENTOS QUE DEBERÁ ANEXAR:			
❖ Petición escrita del interesado dirigida al Director			
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> Fecha de elaboración (DD/MM/AA)	El Interesado _____ Firma		

El diferimiento no podrá exceder de dos años.