



DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES
COORDINACIÓN DEL PROGRAMA MEXICO -
DONCELES N° 100, COL. CENTO, MÉXICO, D.F.

docentesdgri@sep.gob.mx

becasdgri@sep.gob.mx

programa@sep.gob.mx

MARCAR CON UNA X EL
PROGRAMA PARA EL QUE
SOLICITA ASISTENTE

FRANCÉS

INGLÉS

FECHA
(D/M/AÑO)

/ /

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE DEL RECTOR

NOMBRE DEL FUNCIONARIO DIRECTAMENTE RESPONSABLE DEL
DEPARTAMENTO DE IDIOMAS

DOMICILIO PERMANENTE DE LA INSTITUCIÓN (CALLE, NÚM. EXTERIOR E
INTERIOR, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, ETC.)

FIRMA Y SELLO

TELÉFONO, FAX, E-MAIL (INCLUIR LADAS Y NÚM. DE EXTENSIONES)

CORREO ELECTRÓNICO DEL RECTOR O DIRECTOR GENERAL

NOMBRE DE LA FACULTAD, ESCUELA O DEPARTAMENTO DE IDIOMAS

CUÁNTOS ASISTENTES SOLICITA

1

2

OTROS

PROGRAMA DETALLADO DEL DEPARTAMENTO DE IDIOMA (ANEXAR EN FORMATO PDF EL CURRÍCULUM DETALLADO Y LA BIBLIOGRAFÍA)

MATERIA	NÚMERO DE ALUMNOS MATRICULADOS	EDAD PROMEDIO	HORARIOS	MAESTRO TITULAR

PROGRAMA DETALLADO DEL CURSO QUE ATENDERÁ EL ASISTENTE DE IDIOMA (ES IMPORTANTE ESPECIFICAR NÚMERO DE ALUMNOS Y ANEXAR LA RELACIÓN).

MATERIA	NIVEL DE IDIOMA	NÚMERO DE ALUMNOS	HORAS POR SEMANA	MAESTRO TITULAR

¿EXISTE APOYO AUDIOVISUAL?

SI	NO			

¿EXISTE APOYO DE FOTOCOPIADO?

SI	NO			
INDIQUE SI TIENE ALGÚN COSTO				

¿EXISTE APOYO DE INTERNET?

SI	NO			
INDIQUE SI TIENE ALGÚN COSTO				

TITULAR DEL ÁREA DE IDIOMA			
NOMBRE			
CARGO			
DOMICILIO			
TEL. FAX, CELULAR	TEL	FAX	CELULAR
E- MAIL.			

CALENDARIO ESCOLAR (MARCAR CON (X) LOS MESES DE TRABAJO, INDICAR LOS PERIODOS VACACIONALES EXACTOS, SUSPENSIÓN DE CLASES, ANOTAR DÍA ESPECÍFICO. EN EL PERIODO VACACIONAL DE NAVIDAD Y DE SAMANA SANTA, ES IMPORTANTE CONSIDERAR QUE LOS ASISTENTES NO HACEN LAS LABORES ADMINISTRATIVAS, ELLOS ESTAN CON GRUPO, EL FIN DE CLASES DE LOS ESTUDIANTES CORRESPONDE TAMBIÉN AL DE LOS ASISTENTES).

SEMANA	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
1ra							
2da							
3ra							
4ta							

SEMANA	ABRIL	MAYO	JUN	JUL	AGO
1ra					
2da					
3ra					
4ta					

FACILIDADES DE ALOJAMIENTO (PRESENTAR 3 PROPUESTAS CON COSTOS Y REQUISITOS DE ARRENDAMIENTO).

EL COSTO MENSUAL NO DEBE EXCEDER LOS \$2,000.00 PESOS.

LA INSTITUCION DEBE COMPROMETERSE A REALIZAR LA BÚSQUEDA Y RESPONSABILIZARSE POR LA SERIEDAD DE LAS OFERTAS.

LAS OPCIONES A PRESENTAR PUEDEN INCLUIR:

- 1) RESIDENCIAS ESTUDIANTILES.
- 2) DEPARTAMENTOS ESTUDIANTILES COMPARTIDOS CON OTROS ESTUDIANTES.
- 3) CASA DE HUESPEDES.
- 4) ALOJAMIENTO CON FAMILIAS.

LAS CUALES DEBEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE: LIMPIEZA, SERVICIOS INCLUIDOS (LUZ, AGUA, AGUA CALIENTE, COCINETA, REFRIGERADOR, ESTAR AMUEBLADOS), UBICARSE EN ÁREAS SEGURAS Y NO MUY ALEJADAS DE LOS CENTROS DE TRABAJO Y DE ESPARCIMIENTO Y CONTAR CON TRANSPORTE PÚBLICO FRECUENTE Y SEGURO.

TIPO (DEPARTAMENTO/ CASA DE FAMILIA/ PENSIÓN/ DEPTO. COMPARTIDO / RESIDENCIA ESTUDIANTIL).	COSTO	REQUISITOS DE ARRENDAMIENTO

ENLACE CON LA DGRI (RESPONSABLE) SEÑALE CÚAL SERA EL ÁREA DE ENLACE CON LA DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES.

TUTOR
NOMBRE: _____
CARGO: _____
DOMICILIO OFICIAL: CALLE Y NÚMERO
COL. Y CÓDIGO POSTAL.
MUNICIPIO Y ESTADO
E-MAIL: _____
TEL. FAX:

DOMICILIO PARTICULAR
DOMICILIO: _____ CALLE Y NÚMERO
COL. Y CÓDIGO POSTAL.
MUNICIPIO Y ESTADO
E-MAIL: _____
TEL.

GESTOR (PARA AUXILIAR AL ASISTENTE EN LOS TRÁMITES DE MIGRACIÓN Y ALTA EN LOS SERVICIOS MÉDICOS). EN CASO DE QUE SEA DISTINTO AL TUTOR.

DOMICILIO OFICIAL	DOMICILIO PARTICULAR
NOMBRE: _____	DOMICILIO: _____ CALLE Y NÚMERO
CARGO: _____	COL. Y CÓDIGO POSTAL.
DOMICILIO: _____ CALLE Y NÚMERO	MUNICIPIO Y ESTADO
COL. Y CÓDIGO POSTAL.	E-MAIL: _____
MUNICIPIO Y ESTADO	TEL. _____
E-MAIL: _____	
TEL. FAX: _____	

SI DESEA AGREGAR INFORMACIÓN PUEDE HACERLO EN HOJAS ADICIONALES