



## Solicitud de Estancias

Fecha de aplicación

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Nombre:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

CURP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Domicilio:

Calle	Número	Colonia	C.P.	Alcaldía o municipio
-------	--------	---------	------	----------------------

Entidad:

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_

Correo electrónico:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Institución: \_\_\_\_\_

Nivel educativo	
Plan de Estudios	
Año/Semestre que cursa	
Lugar donde realizará la estancia	
Duración de la estancia	

Describa brevemente que hará durante su estancia (máximo 200 palabras)



# FEFARM

Estado civil: Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Unión libre ( ) Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos? No ( ) Si ( ) ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Trabaja? No ( ) Si ( ) Horario: \_\_\_\_\_

Cuenta con alguna discapacidad: (Marque con una X)

Ninguna	_____	Dificultad para hablar o comunicarse	_____
Dificultad para ver	_____	Limitación mental	_____
Dificultad para caminar o moverse	_____	Dificultad para atender el cuidado personal	_____
Dificultad para oír	_____	Dificultad para aprender	_____

Grupo vulnerable: (Marque con una X)

Ninguno	_____	Mujeres en situación de maltrato o violencia	_____
Madres solteras	_____	Personas con discapacidad	_____
Jefas de familia	_____		

¿Es usted el jefe de familia? No ( ) Si ( )

Nombre del jefe de familia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación de la o el jefe de familia: (Marque con una X)

Hogar	___	Estudiante	___	Empleado	___	Desempleado	___
Comerciante	___	Obrero	___	Jubilado/Pensionado	___	Campo	___
Profesiones varias	___	Diversos	___	Oficios Varios	___		

Ingreso mensual de la o el jefe de familia: (Marque con una X)

Menor a \$2,500.00	_____	Entre \$10,000.00 - \$12,500.00	_____
Entre \$2,500.00 - \$5,000.00	_____	Entre \$12,500.00 - \$15,000.00	_____
Entre \$5,000.00 - \$7,500.00	_____	Mayor de \$15,000.00	_____
Entre \$7,500.00 - \$10,000.00	_____		

Integrantes de familia: \_\_\_\_\_ Dependientes económicos: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente me dirijo para manifestar que a la fecha y bajo protesta de decir verdad, no cuento con ningún beneficio económico o en especie por ninguna institución pública o privada, del nivel federal, estatal y municipal, para realizar mi estancia.

Protesto que la información proporcionada en esta solicitud es verídica, comprometiéndome a proporcionar todas las facilidades para investigar o corroborar los datos asentados, si así se estima necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre completo del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha