**Solicitud del Programa de**

**Intercambio de Maestros México – Estados Unidos 2024**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Solicitud de Participación** |  |  |
|  |  | FOLIO |



**(Nombre)**

**(Secretario de Educación o equivalente de la entidad federativa)**

**Presente.**

Por medio del presente manifiesto a Usted mi deseo de postularme como candidato para participar en el Intercambio de Maestros México-Estados Unidos 2024, que se desarrolla dentro del Programa Binacional de Educación Migrante, para lo cual proporciono la siguiente información:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. DATOS PERSONALES** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| NOMBRE (S) | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa) R.F.C CURP |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOMICILIO: |  |  |
| CALLE/ NÚMERO COLONIA |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| LOCALIDAD | MUNICIPIO | ESTADO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| CODIGO POSTAL  | TELEFONO | CELULAR |
| E-MAIL: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. PREPARACIÓN PROFESIONAL** |  |  |
|  |  |  |
| LICENCIATURA EN EDUCACIÓN: |  |
| INSTITUCIÓN |  |
| PERIODO DE ESTUDIOS |  |  |  |  |
| DEL AÑO | AL AÑO | PROMEDIO | NO. DE CÉDULA |

|  |  |
| --- | --- |
| MAESTRIA EN: |  |
| INSTITUCIÓN |  |
| PERIIODO DE ESTUDIOS |  |  |  |  |
| DEL AÑO | AL AÑO | PROMEDIO | NO. DE CÉDULA |

|  |  |
| --- | --- |
| OTROS ESTUDIOS: |  |
| INSTITUCION |  |
| PERIODO DE ESTUDIOS |  |  |  |  |
| DEL AÑO | AL AÑO | PROMEDIO | NO. DE CÉDULA |

|  |
| --- |
| **III. CONOCIMIENTO DEL IDIOMA INGLÉS** |
|  |
| LECTURA |  | EXPRESIÓN ORAL |  | ESCRITURA |  | COMPRENSIÓN AUDITIVA |
| REGULAR | BUENA | MUY BUENA |  | REGULAR | BUENA | MUY BUENA |  | REGULAR | BUENA | MUY BUENA |  | REGULAR | BUENA | MUY BUENA |
|  |
| **IV. EXPERIENCIA LABORAL** |
|  |
|  |  |  |
| NIVEL Y/O MODALIDAD EDUCATIVA | NOMBRE DE LA ESCUELA | CLAVE DE LA ESCUELA |
|  |  |  |
|  |
| DOMICILIO DE LA ESCUELA |
|  |
| TELEFONO: |
|  |  |
| AÑOS DE SERVICIO | CLAVES PRESUPUESTALES |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA ESCUELA | TELEFONO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ZONA ESCOLAR | NOMBRE DEL SUPERVISOR ESCOLAR | UBICACIÓN |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| SECTOR ESCOLAR | NOMBRE DEL JEFE DE SECTOR | UBICACIÓN |

**SELECCIONE EN CUALES EXPERIENCIAS HA INCURSIONADO:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | PREESCOLAR |
|  |  |
|  | PRIMARIA |
|  |  |
|  | SECUNDARIA |
|  |  |
|  | MEDIO SUPERIOR |
|  |  |
|  | EDUCACIÓN ESPECIAL |
|  |  |
|  | ENSEÑANZA EN LENGUA INDÍGENA |
|  |  |
|  | ASESORIA EN LA ELABORACIÓN Y USO DE MATERIALES EDUCATIVOS |
|  |  |
|  | IMPARTICIÓN DE CURSOS Y TALLERES, CUALES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | OTROS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Escriba brevemente el (los) objetivo (s) profesionales/personales que desea satisfacer, al participar en el programa de intercambio de maestros (70 palabras máximo) |
|  |

|  |
| --- |
| Escriba brevemente lo que conoce de la problemática migrante entre México y Estados Unidos (70 palabras máximo) |
|  |

|  |
| --- |
| **V. ANEXO AL PRESENTE FORMULARIO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS** |
|  |  |
|  | COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO |
|  |  |
|  | COPIA DE TÍTULO(S) PROFESIONAL(ES) |
|  |  |
|  | COPIA DE LA(S) CÉDULA(S) PROFESIONAL(ES) |
|  |  |
|  | COPIA DE FORMATO ÚNICO DE PERSONAL |
|  |  |
|  | COPIA DEL ÚLTIMO TALON DE PAGO |
|  |  |
|  | COPIA DE LA CURP |
|  |  |
|  | COPIA DE CREDENCIAL DE MAESTRO |
|  |  |
|  | COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR |
|  |  |
|  | CONSTANCIA DE SERVICIOS |
|  |  |
|  | CARTA DE POSTULACIÓN EXPEDIDA POR LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA, CON VISTO BUENO DE LA SUPÈRVISIÓN ESCOLAR. |
|  |  |
|  | DOCUMENTO(S) QUE AMPARA(N) EL CONOCIMIENTO DEL IDIOMA INGLÉS (Ejemplo: TOEFL, IELTS, CENNI, etc.) |
|  |  |
|  | CERTIFICADO MÉDICO EXPEDIDO POR EL SECTOR SALUD |
|  |  |
|  | CONSTANCIA DE ANTECEDENTES NO PENALES |
|  |  |
|  | CONSTANCIAS DE CURSOS RECIBIDOS |
|  |  |
|  | CURRICULUM VITAE |
|  |  |
|  | COPIA DE PASAPORTE VIGENTE (VIGENCIA NO MENOR DE UN AÑO EN CASO DE SER SELECCIONADO) |

Por la presente, manifiesto que toda la información suministrada es correcta y verídica.

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** |  |

|  |
| --- |
| **ATENTAMENTE** |
|  |
| NOMBRE Y FIRMA |

**Vo.Bo.**

**DIRECTOR DE LA ESCUELA SUPERVISOR ESCOLAR**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 NOMBRE, FIRMA Y SELLO NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**COORDINADOR PROBEM DEL ESTADO AREA EDUCATIVA O JEFE DE SECTOR**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE, FIRMA Y SELLO NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**Programa Binacional de Educación Migrante México-Estados Unidos**

**Intercambio de Maestros México – Estados Unidos 2021**

**Currículum Vitae**

**DATOS PERSONALES.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Fecha de nacimiento: |  | R.F.C. |  | CURP: |  |
| Domicilio particular: |  |
| Tel. particular: |  | Tel. Celular: |  | E-mail: |  |
| No. de pasaporte: |  |
| No. y vigencia de Visa: | (en caso de contar con una) |
| Clave Presupuestal |  |

**FORMACIÓN PROFESIONAL.**

|  |
| --- |
| Título(s) o Cédula(s) Profesional(es) de: |
|  |
|  |
| Estudios de inglés: |  |
| Nivel de inglés: |  |

**EXPERIENCIA PROFESIONAL.**

|  |  |
| --- | --- |
| Años de servicio frente a grupo: |  |
| Escuelas en las que ha laborado |  |
| Grados y niveles atendidos: |  |
| Asignaturas impartidas: |  |
| **DATOS DE SU CENTRO DE TRABAJO** |
| Nombre de la escuela. |  |
| Clave: |  |
| Dirección: |  |
| Teléfono de la escuela: |  |
| Nombre del Director: |  |

**IMPORTANTE: Anexar copias de pasaporte y, en su caso, visa.**