**CONVOCATORIA 2025 – PDI- PTGAS**

**6 ayudas**

**Asistencia al Simposio del International Academic Program (IAP)**

**(IAP-UAM-DRCLAS)**

**ANEXO 1 – CARTA DE MOTIVACIÓN**

Extensión máxima 1.000 palabras. Amplíe cada casilla lo que considere necesario.

|  |
| --- |
| Nombre y apellidos: |

|  |
| --- |
| Departamento o Servicio en el que desempeña su actividad: |

Especifique los cursos en los que tiene interés por orden de preferencia:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

|  |
| --- |
| Razones por las que solicita esta ayuda (justifique sus razones en línea con 1) los objetivos de la convocatoria y 2) los contenidos del curso): |

|  |
| --- |
| Impacto posterior que la asistencia al curso tendrá en la internacionalización de la UAM (indique número de personas afectadas, capacidad de toma de decisiones/liderazgo en su puesto de trabajo, capacidad para influir en la internacionalización de la UAM): |

|  |
| --- |
| Méritos personales que considere relevantes para esta convocatoria: |

|  |
| --- |
| Otra información de interés: |

Marque con una cruz y amplíe la información que proceda:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Acredita nivel de inglés C1   Especificar certificado: …………………………………………………………………………  \*Recuerde adjuntar CERTIFICADO | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | SI |  | NO |  | |
| |  |  | | --- | --- | | 1. ¿Ha sido beneficiario anteriormente de esta ayuda? (Indicar el curso y el año) |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | SI |  | NO |  | |
| 1. Imparte docencia en inglés (preferiblemente en titulaciones oficiales de grado) o utiliza el inglés en el puesto de trabajo   Especificar docencia (y tipo) /puesto: ………………………………………………… | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | SI |  | NO |  | |
| 1. Ha participado en el Plan Doing   Especificar nivel alcanzado: ………………………………………………………………… | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | SI |  | NO |  | |
| 1. Desempeña tareas de gestión que afecten a la internacionalización de la universidad   Especificar cargo y duración: ……………………………………………………………….. | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | SI |  | NO |  | |

|  |
| --- |
| Nombre, puesto y firma del responsable del Departamento o Servicio: |
| Nombre, puesto y firma de la persona interesada:  Fecha: |