

Período de estudio:
De (mes/año) a (mes/año)

En el cuadro que corresponda, favor de anotar el promedio de calificaciones obtenido.

Promedio de calificaciones:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Semestre o cuatrimestre a iniciar: Total de semestres o cuatrimestres del programa de estudio:

Plan de estudios

Señale el porcentaje de sus conocimientos en idiomas:

Idioma:	Habla (%)	Escribe (%)	En caso de contar con un certificado, especificalo (toelf, melab, letls, Celts, cele)
Inglés <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Francés <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Recibe beca o apoyo económico por parte de otra institución pública o privada para realizar sus estudios?
Si No

En caso afirmativo, complete la información siguiente:

Nombre de la institución:

Importe mensual de la beca: \$

Duración de la beca:
De (mes/año) a (mes/año)

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información que he proporcionado a la Fundación José Ortiz Ávila A.C. a través de la presente solicitud de beca es VERÍDICA; por lo que en este acto autorizo a la Fundación, para que realice las investigaciones que considere pertinentes y en caso de probarse lo contrario proceda a la cancelación de esta solicitud, así como a los trámites que se deriven de la misma.

San Francisco de Campeche, Camp; a _____ de 2010

Nombre y Firma del Aspirante

