

SOLICITUD DE BECA LICENCIATURA

Para uso exclusivo de la Fundación

Fecha de recepción:

día mes año

Filiación:

Pegar
Foto

Expediente:

Nº de Contrato:

Favor de completar los espacios en blanco de la presente solicitud. No se aceptarán las solicitudes que presentan tachaduras y/o enmiendas.

DATOS GENERALES DEL ASPIRANTE

CURP:

nombre (s)

apellido paterno

apellido materno

Fecha de nacimiento:

día / mes / año

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Lugar de nacimiento:

estado

municipio

localidad

Lugar de procedencia:

estado

municipio

localidad

Domicilio actual con
motivo del estudio:

calle

número (interior y exterior)

colonia

estado

municipio

localidad

Teléfono:

clave lada número

Tiempo de residencia:

(años/meses)

En el estado de
Campeche

En el domicilio actual con
motivo del estudio

Domicilio habitual del
estudiante:

calle

número (interior y exterior)

colonia

estado

municipio

localidad

Teléfono:

clave lada número

Correo electrónico:

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

Nombre de la institución educativa de donde egresó a nivel bachillerato:

Domicilio:

calle

número (interior y exterior)

colonia

estado

municipio

localidad

código postal

Tel:

clave lada

número

Especialidad:

(Económico-Administrativo, Físico-Matemático, Químico-Biólogo, Disciplinas sociales, computación)

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

En el cuadro que corresponda, favor de anotar las calificaciones obtenidas en los semestres.

Promedio de calificaciones: Promedio general:

DATOS ACADÉMICOS

Nombre de la Institución Educativa en donde realiza o realizará sus estudios profesionales.

Domicilio :
calle número (interior y exterior) colonia

Tel:
estado municipio localidad código postal clave lada número

Nombre del estudio:

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"/>	<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, lelts, 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

