



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN GENERAL DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y GESTIÓN ESCOLAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y GESTIÓN ESCOLAR
SOLICITUD DE BECA VINCULACIÓN

DATOS DEL PROGRAMA:

Número y nombre: _____
 Dependencia externa donde participa: _____
 Monto de beca mensual: \$ _____

DATOS DEL BECARIO (A) SOLICITANTE:

Nombre: _____ Unidad académica _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Carrera: _____ Semestre: _____ Matrícula: _____
 Correo electrónico: _____ Prom. Gral. _____ Periodo: _____
 Número de cuenta de credencial inteligente: _____

Importante: Revisa que el número de cuenta que ingresó a su solicitud sea el correcto, debido a que el sistema automáticamente enviará el depósito a este número. En dado caso de que este mal, puede volver a ingresar y corregir el número de cuenta.

En caso de obtener la beca solicitada el alumno (a) se compromete a sostener un promedio general no inferior a 80 (ochenta) y a realizar actividades de apoyo al **programa** del que es becario (a), desempeñando las labores que se le asignen con un máximo de 20 horas semanales, con un horario que no interfiera con el de sus actividades escolares. El **programa de actividades** está definido en la Unidad Académica o dependencia administrativa, y es avalado por el responsable del becario y el alumno.

El alumno (a) se compromete a cumplir con los requisitos establecidos y de no realizar satisfactoriamente las labores a juicio de la unidad académica o dependencia administrativa, se podrá en cualquier momento cancelar la beca.

La vigencia de la Beca es del ____ de _____ al ____ de _____ del 20 ____.

En _____, Baja California., a _____ de _____ del 20 ____.

A t e n t a m e n t e

A t e n t a m e n t e

Alumno (a)

Responsable del Becario (a)

A t e n t a m e n t e

**Director (a) Unidad Académica/
 Dependencia Administrativa**