Fotografía Reciente

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y GESTION ESCOLAR
BECAS CAMPUS MEXICALI

SOLICITUD DE BECA ALIMENTICIA

INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

Nombre _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

Lugar de nacimiento _____
LOCALIDAD MUNICIPIO ESTADO

Fecha de Nacimiento _____ EDAD_____ Sexo: F ( ) M ( )
DIA MES AÑO

Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo___ Otro _____

Nombre del conyuge_____ No. Hijos_____ Edades_____

Tel. particular:_____ Celular:_____ Recados:_____

Número de semestres participando como becario en este programa (sin incluir el presente): _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Unidad Académica a la que pertenece_____

Matrícula_____ Semestre Actual_____ Carrera_____

Turno _____ Correo Electrónico_____

TRABAJO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO	SI	NO	PUESTO	NOMBRE DE LA ORGANIZACION	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	INGRESO MENSUAL
Trabaja usted?						
Trabaja su conyuge?						

INGRESO MENSUAL FAMILIAR :
PADRE: _____
MADRE:_____
OTRO:_____

REQUISITOS:

- *Promedio Mínimo 8*
- *Anexar a la presente solicitud, comprobante de ingresos reciente.*
- *Comprobante de domicilio*
- *Cardex de calificaciones vigente*
- *Fotografía actual.*

No se aceptarán trámites incompletos