

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES

SOLICITUD DE BECA

FUIU

TIPO DE BECA QUE SOLICITA

ACADEMICA

TRANSPORTE

DATOS GENERALES DEL ASPIRANTE:

MATRICULA: _____	CURP: _____	CLAVE ÚNICA DE REGISTRO
CARRERA: _____		
No. DE REGISTRO DEL SEGURO SOCIAL _____	GRUPO SANGUINEO: _____	
NOMBRE DEL ALUMNO:	APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____
	NOMBRE(S) _____	
FECHA DE NACIMIENTO:	DIA _____	MES _____
	AÑO _____	SEXO _____
	ESTADO CIVIL _____	
LUGAR DE NACIMIENTO:	ESTADO _____	MUNICIPIO _____
	LOCALIDAD _____	
LUGAR DE PROCEDENCIA:	ESTADO _____	MUNICIPIO _____
	LOCALIDAD _____	
DOMICILIO ACTUAL:	CALLE _____	No. _____
	COLONIA _____	TELÉFONO _____
	ESTADO _____	
	MUNICIPIO _____	LOCALIDAD _____

PROMEDIO: _____

CUATRIMESTRE: _____

GRUPO: _____

RECIBE BECA O APOYO DE ALGUNA INSTITUCIÓN: _____ NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____

IMPORTE MENSUAL: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE