

SOLICITUD BECA UNIVA MEDICINA | LICENCIATURAS

 FOTOGRAFÍA
 RECIENTE

Instrucciones para el llenado de esta solicitud

Se requiere llenarla con claridad:

1. Leer cuidadosamente antes de contestar
2. No utilizar abreviaturas
3. Evitar enmendaduras y tachaduras
4. Incluir todos los datos y documentos a fin de considerar su solicitud

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo

Matrícula

Carrera

Grado

Turno

¿Posee algún tipo de apoyo?

 Sí No

Especificarlo

¿Anteriormente había solicitado beca?

 Sí No

¿Cuándo?

 F M

Sexo

Edad

Fecha y lugar de nacimiento

 Soltero Casado

Estado Civil

Número de hijos

Nacionalidad

Medio de transporte que emplea

DOMICILIO

Calle y número

Colonia

Sector o zona

Calles con que cruza

C.P.

Ciudad

Celular

Teléfono

Correo electrónico

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE ATEMAJAC

Av. Tepeyac No. 4800, Fracc. Prados Tepeyac, Zapopan, Jalisco, México.

C.P. 45050, Tel. (33) 3134 0800

www.univa.mx


SOLICITUD BECA UNIVA MEDICINA | LICENCIATURAS

DATOS DEL TRABAJO

¿Trabaja actualmente?

Sí No

Empresa propia

Sí No

Nombre de la empresa

Ingreso mensual después de impuestos

Puesto

¿Viven sus padres?

Ambos Ninguno Solo el padre Solo la madre

Edades

_____ padre _____ madre

Estado civil de los padres

Casado(a) Viudo(a) Unión libre Divorciado(a)

¿Viven juntos?

Sí No

Indique la escolaridad máxima de sus padres (aun cuando estén finados)

Padre

Madre

DATOS DEL PADRE O TUTOR DEL SOLICITANTE

Nombre completo

Domicilio

Colonia

Teléfono

Celular

Profesión u ocupación

Empresa donde presta sus servicios

¿La empresa donde labora es propia? Sí No

Cargo o puesto que desempeña

¿Cuánto tiempo tiene laborando en la empresa?

Dirección de la empresa

Teléfono de la empresa

Medio de transporte que emplea

Saludo o utilidad después de impuestos

Ingreso adicional por mes

Otras percepciones:

Aguinaldo \$ _____ Utilidades \$ _____ Fondo de ahorro \$ _____

Bonos \$ _____ Otras prestaciones \$ _____

SOLICITUD BECA UNIVA MEDICINA | LICENCIATURAS

DATOS DE LA MADRE DEL SOLICITANTE

Nombre completo

Domicilio

Ciudad

Teléfono

Celular

Profesión u ocupación

¿La empresa donde labora es propia? Sí No

Empresa donde presta sus servicios

Cargo o puesto que desempeña

¿Cuánto tiempo tiene laborando en la empresa?

Dirección de la empresa

Teléfono de la empresa

Medio de transporte que emplea

Sueldo o utilidad después de impuestos

Ingreso adicional por mes

Otras percepciones:

Aguinaldo \$ _____ Utilidades \$ _____ Fondo de ahorro \$ _____

Bonos \$ _____ Otras prestaciones \$ _____

INGRESO FAMILIAR MENSUAL (INCLUYENDO TODAS LAS PERSONAS QUE APORTEN)

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Saldo mensual
SUMATORIA: \$				

Número de integrantes de la familia que dependen del ingreso y viven en el mismo domicilio:

