



Solicitud: Beca tu esfuerzo

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Medicina de la UANL
Subdirección de Estudios de Pregrado
Coordinación de Becas



- * Favor de llenar completamente la solicitud con letra de molde legible en tinta negra o azul, sin tachaduras o enmendaduras y las firmas en el lugar correspondiente.
- * La información contenida en esta solicitud y la papelería que se anexa es confidencial.
- * Únicamente se recibirá solicitud con papelería completa.

- 1.- Sexo H M Matrícula: _____
- 2.- Edad: _____
- 3.- Semestre a cursar: _____
- 4.- ¿Cuenta con beca de otro programa? Sí No Especifique programa: _____
- 5.- ¿Cuenta con beca de Rectoría de la UANL? Sí No Porcentaje: _____ En Trámite:
- 6.- Alumno: Local Foráneo

Datos Generales del Solicitante

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Domicilio Local en (Nuevo León)	Colonia Código Postal	Municipio / Ciudad Estado
Correo Electrónico	Tel. Casa	Tel. Celular
Casa: Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Pagando casa <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Vive con familiares <input type="checkbox"/> Tiempo de Residencia en el domicilio: _____		

Si usted es foráneo deberá proporcionar su domicilio:

Calle No.	Colonia	Código Postal
Ciudad	Estado	Teléfono casa/celular:
Casa: Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Pagando casa <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Vive con familiares <input type="checkbox"/> Tiempo de Residencia en el domicilio: _____		

7.- ¿Cuenta con empleo? Sí No

Empleado <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/>	Nombre de la Empresa o Negocio	Giro de la empresa o Negocio
Domicilio	Estado	Teléfono
8.- Ingreso mensual		

9.- Estado Civil Soltero Casado Divorciado Unión libre Madre Soltera

10.- ¿Tiene Hijos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	11.- No. de Hijos: _____	12.- ¿Embarazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
13.- Servicios Médicos ISSSTE <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>		14.- Licenciatura en curso Médico Cirujano Partero <input type="checkbox"/> Químico Clínico Biólogo <input type="checkbox"/>
15.- Promedio Actual:		16.- ¿Cuenta con alguna carrera terminada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17.- Tipo de carrera: Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Nombre de la carrera: _____ Institución: _____ Año de egreso: _____		18.- ¿Estudia actualmente alguna otra Carrera fuera de esta Facultad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19.- ¿Quién paga sus estudios? Solicitante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique _____		

Datos Familiares

20.- Estado Civil de sus Padres Casados Divorciados Separados Unión libre Viudo/a Madre Soltera

21.- Personas que viven en el domicilio incluyendo al solicitante

Nombre	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Edad	Ingreso Mensual
22.- Ingreso Total					
23.- Ingreso Per Cápita					

24.- ¿Tiene hermanos en la UANL? Sí No 22.- ¿Cuántos? _____

25.- ¿Cuentan con beca de Rectoría? Sí No En Trámite Porcentaje % _____

26.- Personas con capacidades especiales que vivan en el domicilio:

Parentesco	Descripción de la discapacidad:	Edad
Parentesco	Descripción de la discapacidad:	Edad

27.- Personas con enfermedades crónicas:

Parentesco	Descripción de la enfermedad:	Edad
Parentesco	Descripción de la enfermedad:	Edad

Datos Personales del PadreMismo domicilio del estudiante

Nombre(s)		Apellido Paterno	Apellido Materno	28.- Escolaridad del padre	
Domicilio (Calle y No. Exterior)		Colonia	Código Postal	Municipio / Ciudad	Estado
Tel. (casa)	Tel. (celular)	Automóvil propio Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marca/Modelo	Casa Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Pagando <input type="checkbox"/>	
¿Cuenta actualmente con empleo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Empleado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Negocio Propio Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Empresa o Negocio	
Giro de la Empresa o Negocio		Puesto y Antigüedad		Teléfono	Extensión
Domicilio (Calle y No. Exterior)		Colonia	Código Postal	Ciudad	Estado
29.- Ingreso Mensual					

Datos Personales de la MadreMismo domicilio del estudiante

Nombre(s)		Apellido Paterno	Apellido Materno	30.- Escolaridad de la madre	
Domicilio (Calle y No. Exterior)		Colonia	Código Postal	Municipio / Ciudad	Estado
Tel. (casa)	Tel. (celular)	Automóvil propio Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marca/Modelo	Casa Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Pagando <input type="checkbox"/>	
¿Cuenta actualmente con empleo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Empleado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Negocio Propio Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Empresa o Negocio	
Giro de la Empresa o Negocio		Puesto y Antigüedad		Teléfono	Extensión
Domicilio (Calle y No. Exterior)		Colonia	Código Postal	Ciudad	Estado
31.- Ingreso Mensual					

Datos de la Vivienda del Solicitante

Nota: * Los datos deberán ser de la casa donde vive
 * Si es foráneo, del domicilio de procedencia

32.- Tipo de Vivienda: Casa Departamento Cuarto

33.- No. de Cuartos, incluyendo comedor y cocina 1 2 3 4 5 ó más

34.- Computadoras, incluyendo laptop y tablets. _____

35.- Cuenta con internet en el domicilio Sí No

36.- Televisores en casa _____

37.- Vehículos propios en casa _____

38.- ¿Servicios en la vivienda?

Luz	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pago Mensual _____
Agua	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pago Mensual _____
Gas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pago Mensual _____
Teléfono	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pago Mensual _____

Declaro bajo protesta decir la verdad, que la documentación que presento para revisión y cotejo de requisitos solicitados no son falsos y que si se encontrara alguna anomalía la beca será rechazada. He entendido los derechos y obligaciones que contraería conmigo y con la comunidad de la Facultad de Medicina y del Hospital Universitario, "Dr. José Eleuterio González". Autorizo a la Coordinación de Becas, a verificar por cualquier medio la información. Me comprometo a conocer y respetar el Reglamento General de este programa.

Monterrey, N.L a ____ del mes de _____ del 20 ____ .

 Firma
Solicitante

 Nombre y Firma
Padre o Tutor

Para uso Exclusivo de la Coordinación de Becas de la Facultad Medicina de la UANL

Observaciones del Comité

Promedio Último Semestre: _____ Porcentaje Otorgado: _____ Horas a laborar: _____

 Nombre y Firma
Coordinación de Becas

Sello de Recibido