

## Facultad de Medicina

Subdirección de Estudios de Pregrado Universidad Autónoma de Nuevo León



## Coordinación de Becas y Apoyos de Pregrado **BECA DE ALIMENTO**

Fecha:		Matrícula:		Edad:	
Nombre					
Domicilio	Apellido Paterno		Apellido Materno	Not	mbre (s)
	Calle		Colonia		erior/Interior
Municipio		Estado _		Código Postal	
Teléfono casa		Teléfono celular		Correo Electrónico	
		Tipo de '	Vivienda		
Propia	Renta	Hipotecada	Prestada	Otros	
		Informaci	ón escolar		
Licenciatura	Médico Ciruja			línico Biólogo / Química Clí	nica
	Médico Ciruja			línico Biólogo / Química Clí Promedio General	nica
Licenciatura  Semestre	Médico Ciruja una beca de las que se men	no Partero Regular	Químico C		nica
Licenciatura  Semestre	una beca de las que se men	no Partero Regular	Químico C		
Licenciatura  Semestre  ¿Cuenta con algu  Cuota Rectoría	una beca de las que se men	no Partero  Regular  ncionan a continuació	Químico C	Promedio General _	
Licenciatura  Semestre  ¿Cuenta con algu  Cuota Rectoría  Si la respuesta es S  Cuota Interna	a Sí I, especifique nombre de la beca y po	no Partero  Regular  ncionan a continuació  No  procentaje  No	Químico C	Promedio General _	5
Licenciatura  Semestre  ¿Cuenta con algu  Cuota Rectoría  Si la respuesta es S  Cuota Interna	una beca de las que se men  a Sí I, especifique nombre de la beca y po	no Partero  Regular  ncionan a continuació  No  procentaje  No	Químico C	Promedio General _	

## Composición familiar

Si usted es **soltero**, deberá anotar datos de papá, mamá y hermanos solteros que vivan en el domicilio. Si usted es **casado**, anotar cónyuge e hijos.

	Edad	Parentesco	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Ingreso mensu
Declaro baio protesta	que los dato	s asentados en es	ta solicitud de be	ca son verdadere	os v que los doc	umentos que
Declaro bajo protesta se adjuntan son auténtic						

## Nota

	En los siguientes cinco puntos escribe las razones por las que te gustaría ser beneficiado con esta beca	
1		
2		
3		
4		
•		
5		