 

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Medicina de la UANL

Subdirección de Estudios de Pregrado

Coordinación de Becas

 **Solicitud: Beca tu Esfuerzo**

\*Favor de llenar la solicitud con letra de molde legible en tinta azul o negra, sin tachaduras ni enmendaduras y firmar en el lugar correspondiente.

\*La información y la documentación adjunta es confidencial.

\*Únicamente se tramitará solicitud que cumpla con los requisitos.

 **Datos Generales del Solicitante**

 Matrícula

Nombre:

 Apellido paterno Apellido materno nombre(s)

Semestre a cursar Edad Alumno: Local Foráneo Sexo: M F

Licenciatura: Médico Cirujano y Partero Químico Clínico Biólogo Promedio General: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuenta con beca de Rectoría? Si No Concepto de beca Porcentaje

¿Cuenta con beca de C. Interna? Si No Concepto de beca Porcentaje

¿Tiene hermanos en la UANL? Sí No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Domicilio en **(Nuevo León) Calle:** | Colonia | Código Pastal  | Municipio Estado |
| Correo Electrónico | Tel. Celular | Tel. Casa | Estado Civil  |
| ¿Trabaja actualmente? Sí No | Salario Mensual |

 **Composición Familiar**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo  | Edad | Parentesco | Estado Civil | Escolaridad | Ocupación | Ingreso Mensual |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 **Tipo de Vivienda**

El domicilio donde vive es:

Propio Rentado Hipotecado Prestado Otros

Si la respuesta anterior es rentado o hipotecado cuanto es el costo mensual que pagan $

Pago mensual de los siguientes servicios:

Agua Luz Gas Teléfono Total de Servicios

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.

Observaciones del Departamento de Becas

Monterrey, N.L a \_\_\_\_\_del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_

 Firma Solicitante Nombre y Firma Padre o Tutor