

## 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 la 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 Partero**  **Químico Clínico Biólogo** ■ **Promedio General** \_\_\_\_\_

### Información escolar

¿Cuenta con alguna beca de las que se mencionan a continuación?

■ **Cuota Rectoría**  **Sí**  **No** \_\_\_\_\_ %  
Si la respuesta es **Si**, especifique concepto de la beca y porcentaje

■ **Cuota Interna**  **Sí**  **No** \_\_\_\_\_ %  
Si la respuesta es **Si**, especifique concepto de la beca y porcentaje

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

**Domicilio** \_\_\_\_\_  
Calle Colonia No. Exterior/Interior

**Municipio** \_\_\_\_\_  **Estado** \_\_\_\_\_  **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Teléfono casa** \_\_\_\_\_  **Teléfono celular** \_\_\_\_\_  **Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

**¿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**  **Renta**  **Hipotecado**  **Prestado**  **Otros** \_\_\_\_\_

**Si la respuesta anterior es rentado o hipotecado, ¿cuánto 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**