

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.

Sexo: M F

Matrícula: _____

Edad _____ Semestre a cursar _____

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

Otro programa Sí No

Si la respuesta es **Si**, especifique concepto de la beca del programa. _____

Beca Rectoría UANL Sí No _____ % En Trámite

Si la respuesta es **Si**, especifique porcentaje y la casilla.

Alumno: Local Foráneo

Datos Generales del Solicitante

Nombre _____
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Domicilio Local (Nuevo León) _____
Calle Colonia No. Exterior/Interior

Municipio/ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____ Teléfono casa _____ Teléfono celular _____

Casa: Propia Renta Pagando casa Asistencia Vive con familiares

Tiempo de Residencia en el domicilio: _____

■ Si usted es **foráneo** deberá proporcionar su domicilio:

Calle

No.

Colonia

■ Municipio/
ciudad

■ Estado

■ Código Postal

■ Teléfono casa/celular

■ Casa:

Propia

Renta

Pagando casa

Asistencia

Vive con familiares

■ Tiempo de Residencia en el domicilio:

Empleo

■ ¿Cuenta con
empleo?

Sí

No

■ Tipo:

Empleado

Negocio propio

■ Nombre de la Empresa o Negocio

■ Giro de la Empresa o Negocio

■ Domicilio

■ Estado

■ Teléfono

■ Ingreso Mensual

Estado Civil

Soltero

Casado

Divorciado

Unión libre

Madre Soltera

■ ¿Tiene hijos?

Sí

No

■ No. de Hijos

■ ¿Embarazo?

Sí

No

N/A

Servicios Médicos

ISSSTE

IMSS

Seguro Popular

Particular

Ninguno

Licenciatura en curso

■ Licenciatura:

Médico Cirujano Partero

Químico Clínico Biólogo

■ Promedio Actual:

■ ¿Cuenta con alguna carrera terminada? Sí No

■ Tipo de carrera: Técnica Licenciatura

■ Nombre de la carrera _____

■ Institución _____ ■ Año de egreso _____

■ ¿Estudia actualmente alguna otra Carrera fuera de esta Facultad? Sí No

■ ¿Quién paga sus estudios? Solicitante Padre Madre

Otros ■ Especifique _____

Datos Familiares

■ Estado Civil de sus Padres:

Casados Divorciados Separados Unión libre Viudo/a Madre Soltera

■ Personas que viven en el domicilio incluyendo al solicitante

| Nombre completo | Parentesco | Escolaridad | Ocupación | Edad | Ingreso mensual |
|-----------------|------------|-------------|-----------|------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

■ Ingreso Total _____

■ Ingreso Per Cápita _____

■ ¿Tiene hermanos en la UANL? Sí No

■ ¿Cuántos? _____

■ ¿Cuentan con beca de Rectoría? Sí No

En Trámite ■ Porcentaje % _____

Datos Personales de la Madre

Mismo domicilio del estudiante Escolaridad de la madre _____

Nombre _____
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Domicilio _____
Calle Colonia No. Exterior/Interior

Municipio _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono casa _____ Teléfono celular _____

¿Automóvil propio? Sí No Marca/modelo _____

¿Casa propia? Propio Renta Pagando casa

¿Cuenta con empleo? Sí No Empleado Sí No Negocio Propio Sí No

Nombre de la Empresa o Negocio _____ Giro de la Empresa o Negocio _____

Puesto y Antigüedad _____ Teléfono _____ Extensión _____

Domicilio _____
Calle Colonia No. Exterior/Interior

Municipio _____ Estado _____ Código Postal _____

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

Tipo de Vivienda Casa Departamento Cuarto

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

Computadoras, incluyendo laptop y tablets _____ ¿Cuenta con internet en domicilio? Sí No

Televisores en casa _____ Vehículos propios en casa _____

Servicios en la vivienda

| | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Luz | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pago Mensual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Agua | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pago Mensual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pago Mensual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> 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 de Medicina de la UANL

Observaciones del Comité

Promedio Último Semestre _____ Porcentaje Otorgado _____ Horas a laborar _____

Nombre y Firma
Coordinación de Becas

Sello de Recibido