

# SOLICITUD DE BECA DE AYUDA ECONÓMICA

UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_

FACULTAD \_\_\_\_\_, CARRERA: \_\_\_\_\_

INSCRIPCIÓN POR PRIMERA VEZ: SI/NO - AÑO DE INSCRIPCIÓN/INGRESO: \_\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ DEPTO \_\_\_\_\_

BARRIO \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ D.N.I. N° \_\_\_\_\_

CUIL/CUIT \_\_\_\_\_.

TEL. PERSONAL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

## DOMICILIO DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

SI/NO

CALLE \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ DPTO \_\_\_\_\_

BARRIO \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ C. POSTAL \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

DISTANCIA A UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_

## ESTADO CIVIL

Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Unión de Hecho \_\_\_\_\_

HIJO: NO/SI - ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

## **PROBLEMAS DE SALUD**

NO/SI - ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Adjuntar certificado médico original.

EL SOLICITANTE ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD: NO/SI

Tipo \_\_\_\_\_

Adjuntar certificado médico oficial, otorgado por la provincia (Ley 22.431).

## **COBERTURA MÉDICA**

NO/SI - Denominación de la cobertura médica \_\_\_\_\_