



SOLICITUD DE BECA

CENTRO LOCAL /UNIDAD DE APOYO						MARCAR CON X													
						NUEVO BECARIO				RENOVACIÓN									
LAPSO ACADÉMICO			FECHA			FECHA DESDE QUE PERCIBE EL BENEFICIO													
DATOS PERSONALES																			
NOMBRES Y APELLIDOS					CÉDULA IDENTIDAD			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			EDAD						
					V E			M F											
ESTADO CIVIL					TLF HABIT			N° CELULAR			E-MAIL								
Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Otro											
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN											ETNIA								
DATOS ACADÉMICOS																			
CARRERA/ MENCIÓN/ CÓDIGO:					SEMESTRE:		FECHA DE INGRESO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA												
ASIGNATURAS INSCRITAS PARA ESTE LAPSO ACADÉMICO.					CÓDIGO		CONDICIÓN			NIVEL									
							REGULAR		REPITIENTE		EG: Estudios Generales		EP: Estudios Profesionales						
1)																			
2)																			
3)																			
4)																			
5)																			
6)																			
7)																			
NOTA: LOS ESTUDIANTES QUE DESEEN OPTAR POR EL BENEFICIO DE BECA DEBEN TENER UN MINIMO DE TRES (3) ASIGNATURAS INSCRITAS Y EN CASO DE SER UN ESTUDIANTE CON DISCAPACIDAD DEBE TENER UN MINIMO DE DOS (2) ASIGNATURAS INSCRITAS.																			
INDICE ACADÉMICO LAPSO ANTERIOR		6		7		8		9		10		FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL CENTRO LOCAL O UNIDAD DE APOYO							
												Diaria:		Semanal:		Quincenal:		Otro:	
DATOS SOCIOECONOMICO																			
TRABAJA		DIRECCIÓN DE TRABAJO /TELÉFONO								SUELDO MENSUAL		INGRESO FAMILIAR		PROMEDIO DE EGRESOS					
SI		NO		Teléfonos:															
EN CASO DE “NO” TRABAJAR, ¿COMO CUBRE SUS GASTOS PERSONALES?																			

N° GRUPO FAMILIAR		CONSTELACIÓN FAMILIAR				
2 Personas		Apellido y Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Sueldo
3 Personas						
4 Personas						
5 Personas						
6 o mas						
RESPONSABLE ECONÓMICO DEL HOGAR						

ÁREA FÍSICO AMBIENTAL							
TRANSPORTE		TIPO DE VIVIENDA		TENENCIA DE LA VIVIENDA		CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	
Vehículo propio		Casa		Propia		N° ambientes	
Vehículo de sus padres		Quinta		Alquilada		Cocina	
Con amigos		Apartamento		Opción a Compra		Lavadero	
Transporte público		Vivienda rural		Alojada / Prestada		Sala	
Otro		Rancho		Compartida		Dormitorios	
		Habitación		Hipotecada			
				Otra			
DOTACIÓN DEL MOBILIARIO			CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD DE RESIDENCIA.			FACILIDAD DE TRANSPORTE	
Excelente		Urbanización		Excelente			
Bueno		Barrio		Bueno			
Regular		Centro Ciudad		Regular			
Pésimo		Zona Rural		Pésimo			

S A L U D			
¿Sufre algún tipo de enfermedad?	Si _____	No _____	Especifique: _____
¿Presenta algún tipo de discapacidad?	Si _____	No _____	Especifique: _____

¿QUÈ SERVICIO DE SALUD QUE UTILIZA SU GRUPO FAMILIAR?					
1- Clínica Privada		2- Instituto de Previsión Social		3-Instituto Nacional de los Seguros Sociales	
4- Hospital Público		5- Ambulatorio/medicaturas		6- Otro	

YO, _____ IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE IDENTIDAD N° _____

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA PLANILLA SON CIERTOS, Y POR LO TANTO AUTORIZO QUE DICHA INFORMACIÓN PUEDA SER VERIFICADA, SI LA UNIVERSIDAD LO CONSIDERA PERTINENTE. DE DEMOSTRARSE SU FALSEDAD ASUMO LAS CONSECUENCIAS QUE SE DERIVEN.

FIRMA DEL BACHILLER:	FECHA:
----------------------	--------

OBSERVACIONES POR PARTE DE CABSE: _____

JEFE DE UNIDAD ACADÉMICA	ORIENTADOR	REPRESENTANTE ESTUDIANTEL
--------------------------	------------	---------------------------

NOTA: VERIFICAR QUE EL ESTUDIANTE COMPLETE TODAS LAS CASILLAS.

PF2022

Anexar: Copia de la Cédula de identidad

Copia de la Planilla de inscripción del semestre anterior

Copia de la Planilla de inscripción del semestre actual