UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SUBPROGRAMA SERVICIOS AL ESTUDIANTE

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	EP
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					

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 DEDOS (2) ASIGNATURAS INSCRITAS.

INDICE ACADÈMICO LAPSO ANTERIOR	6	7	8	9	10	FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL CENTRO LOCAL O UNIDAD DE APO			
						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?

Nº 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		Nº 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			
		Habitación		Hipotecada		Dormitorios	
				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 Nº _____

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 ESTUDIANTIL

NOTA: VERIFICAR QUE EL ESTUDIANTE COMPLETE TODAS LAS CASILLAS.

MG

2013