



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/ MENCION/ 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 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 ECONOMICO 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 ESTUDIANTIL

NOTA: VERIFICAR QUE EL ESTUDIANTE COMPLETE TODAS LAS CASILLAS.

PF

2022