



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FaSPyN

Facultad de Salud Pública y Nutrición

No. de folio: _____

**Solicitud de beca Escasos Recursos
Período escolar: Agosto - diciembre 2015**

Nombre Completo _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Matrícula _____ Semestre actual _____ Grupo _____ Turno _____

Teléfono _____ Celular _____

Correo electrónico _____

¿Trabaja? Si No Ingreso mensual \$ _____

¿Tienes beca de Rectoría? Si No

¿Tipo de beca? _____ ¿Porcentaje de beca? _____

¿Tiene hermanos estudiando en la UANL? Si No ¿Cuántos? _____ ¿Tienen beca de Rectoría? Si No

Datos del padre o tutor

Nombre _____

Dirección _____ Colonia _____

Código postal _____ Calle y número _____ Ciudad _____ Estado _____

País _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Empresa donde trabaja _____ Teléfono _____

Ingreso mensual \$ _____

Monterrey, Nuevo León _____ de _____ de _____

Estoy de acuerdo en prestar servicio becario asistiendo hasta por 4 hrs. diarias de lunes a viernes a servicio becario en el semestre agosto - diciembre de 2015.

Firma del solicitante

Uso exclusivo del Comité:

Porcentaje _____

Importe de la cuota _____

Nombre y firma

Integrante del Comité de Becas