



**SOLICITUD DE BECA MUNICIPAL
MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MUNICIPAL**

I. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F ___ M ___

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ultimo grado cursado: _____ Índice Académico _____

Nombre del Centro Educativo _____

II. DATOS FAMILIARES DEL SOLICITANTE

Nombre completo del Padre o Encargado _____

Profesión: _____

Trabaja Si () No ()

Nombre de la institución donde trabaja: _____

Teléfono de Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____

Nombre completo de la Madre o encargada _____

Profesión _____

Trabaja Si () No ()

Nombre de la institución donde trabaja: _____

Teléfono de Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____

III. INFORMACION ADICIONAL

Ha sido beneficiado (a) anteriormente de un programa de becas: SI () NO ()

Institución que te proporciono _____

Motivo por la que no pudo continuar con la beca:

Una vez llenado y firmado este documento nos autoriza para investigar la información que se encuentra en esta solicitud. Es un requisito para la aprobación de la solicitud. Adjuntar los documentos solicitados.

Puerto Cortes _____ de _____ de 20 _____

Firma del solicitante de Beca