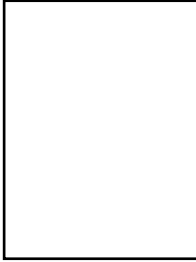


Instituto de Estudios Superiores en Ciencias de la Salud



Solicitud de Subsidio Beca SEP

Renovación

Primera Vez

DATO DEL (A) ALUMNO(A)

Nombre del alumno(a)

Teléfono celular

Correo electrónico

Sexo

Edad

Semestre a cursar

Calle

Núm. exterior

Núm. interior

Colonia

Código Postal

Localidad

Municipio

Estado

Trabaja

Dónde:

Puesto

Ingreso mensual

Datos Familiares

Nombre de quien depende la familia económicamente (padre, madre, tutor)

Cuántas personas integran tu familia (sin incluirte)

DE ESTAS PERSONAS , QUIENES TRABAJAN:

NOMBRE	PARENTESCO	INGRESO MENSUAL

INGRESO TOTAL DE LA FAMILIA

Viven en casa:	Propia		Rentada		Pagándose	
Tienen automóvil:	Propio		Pagándose		No tiene	

Gastos Mensuales

Casa		Educación	
Luz		Vestimenta	
Transporte/gasolina		Gas	
Alimentos		Otros	
Teléfono / internet		Total de gastos	

MENCIONE SI TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTA INSTITUCIÓN U OTRA

Nombre, nivel, escuela, becado, colegiatura mensual

Nombre, nivel, escuela, becado, colegiatura mensual

Nombre, nivel, escuela, becado, colegiatura mensual

Datos del Padre o Tutor

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (S)

Ocupación

Teléfono

Empresa donde labora

Domicilio de la empresa

Escribe los motivos principales por los que solicitas el Subsidio en Licenciatura

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados son correctos y pueden ser verificados en cualquier momento, esto enterado que el trámite de esta solicitud no implica el otorgamiento automático del subsidio.

Nombre del Solicitante

Los datos proporcionados serán protegidos, incorporados y tratados de acuerdo a las medidas de seguridad establecidas a la Base de Datos Personales correspondientes de, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos Personales.