



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y GESTION ESCOLAR
BECAS CAMPUS TIJUANA**



SOLICITUD DE BECA ALIMENTICIA

INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

Nombre _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

Lugar de nacimiento _____
LOCALIDAD MUNICIPIO ESTADO

Fecha de Nacimiento _____ EDAD _____ Sexo: F () M ()
DIA MES AÑO

Estado civil: Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Otro _____

Nombre del conyuge _____ No. Hijos _____ Edades _____

Tel. particular: _____ Celular: _____ Recados: _____

Número de semestres participando como becario en este programa (sin incluir el presente): _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Unidad Académica a la que pertenece _____

Matrícula _____ Semestre Actual _____ Carrera _____

Turno _____ Correo Electrónico _____

TRABAJO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO	SI	NO	PUESTO	NOMBRE DE LA ORGANIZACION	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	INGRESO MENSUAL
Trabaja usted?						
Trabaja su conyuge?						

INGRESO MENSUAL FAMILIAR :

PADRE: _____

MADRE: _____

OTRO: _____

REQUISITOS:

- ❖ Promedio Mínimo 8
- ❖ Anexar a la presente solicitud, comprobante de ingresos reciente.
- ❖ Comprobante de domicilio
- ❖ Cardex de calificaciones vigente
- ❖ Fotografía actual.

No se aceptarán trámites incompletos