



## 1 Datos del estudiante

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 DNI N°: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
 Sexo:  H  M Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ N° de Hijos: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Carrera: \_\_\_\_\_ N° de Legajo: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## 2 Datos del grupo familiar

**Indicar los ingresos de los miembros del grupo familiar que comparten gastos con el estudiante.**

El solicitante debe incluirse entre los miembros del grupo

Apellido y nombres	Edad	Parentesco	Ocupación	Ver (1)	Ingresos (2)

Total de ingresos mensuales

- (1) Indicar en esta columna, marcando con una X, al miembro del grupo familiar que viva en el mismo domicilio.  
 (2) Consignar el monto mensual neto (de bolsillo) que percibe cada uno de los integrantes del grupo familiar en concepto de salario, ingreso, por actividad autónoma, renta percibida por alquileres, cuota alimenticia, jubilaciones y pensiones u otras formas de ingresos regulares.-

## 3 Vivienda

**Indicar con una cruz lo que corresponda.**

**Situación de la vivienda del grupo familiar**

Propietario <b>sin</b> deuda hipotecaria	<input type="checkbox"/>
Propietario <b>con</b> deuda hipotecaria	<input type="checkbox"/>
Inquilino u ocupante	<input type="checkbox"/>

Monto: \_\_\_\_\_

**Si el estudiante no comparte la vivienda con el grupo familiar, indicar:**

Propietario <b>sin</b> deuda hipotecaria	<input type="checkbox"/>
Propietario <b>con</b> deuda hipotecaria	<input type="checkbox"/>
Inquilino u ocupante	<input type="checkbox"/>

Monto: \_\_\_\_\_

Comparte el gasto con \_\_\_\_\_ personas

## 4 Salud

Indicar marcando con una cruz la cobertura de salud que posee el estudiante

Situación	SI	NO
Obra social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura de salud parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lugar donde recibe atención médica con mayor frecuencia (ej.: consultorio privado, hospital Penna, Municipal):

Padece el estudiante alguna afección crónica?:(en caso afirmativo adjunte documentación)



## 5 Rendimiento académico

• Indique el número total de materias que ha  **cursado** : \_\_\_\_\_ Indique el número total de materias que ha  **aprobado**  (sin contar las equivalencias): \_\_\_\_\_

Año que ingresó a la Universidad: \_\_\_\_\_ cantidad de aplazos: \_\_\_\_\_ Promedio general con aplazos: \_\_\_\_\_

• Si es ingresante, indique el título obtenido y la ciudad donde cursó: \_\_\_\_\_

• Si ingresó por  **equivalencias**  escriba la palabra  **EQUIVALENCIAS** : \_\_\_\_\_

Observaciones referidas a este ítem: \_\_\_\_\_

El estudiante deberá proponer un PLAN DE DESARROLLO ACADÉMICO que será evaluado por la comisión de Becas:

### 1- Materias a Cursar:

Materias	Nivel al que pertenece (primero, segundo, etc.)	Régimen de cursado (anual - cuatrim.)

### 2- Finales a rendir:

Materias	Nivel al que pertenece (primero, segundo, etc.)	Mes de la Mesa examinadora

Observaciones referidas a este ítem: \_\_\_\_\_

## 6 Motivos por los cuales solicita la beca

**NOTA:** El presente formulario se constituye en Declaración Jurada, la Falsedad de los datos presentados dará lugar a la aplicación de las sanciones que imponga el Consejo Académico de la Facultad Regional Bahía Blanca.

Firma del alumno: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Bahía Blanca: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 7 Documentación a presentar con la solicitud

En todos los casos:

	SI	NO
Fotocopia DNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotocopia de comprobantes de ingresos mensuales del grupo familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>