



GOBIERNO DEL
ESTADO DE CHIAPAS

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN ESTATAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE PROFESIONES
Y CÉDULAS PROFESIONALES



SOLICITUD DE BECAS POR EXONERACION DE PAGOS 2017

FOTO	DATOS DE LA ESCUELA			
	NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA			
	DIRECCIÓN			
	MUNICIPIO		C.P.	
	NOMBRE DEL RECTOR Y/O DIRECTOR			

DATOS DE LA CARRERA				
NOMBRE DE LA CARRERA QUE ESTUDIA				
CICLO PARA EL QUE SOLICITA LA BECA (Marcar el ciclo)	TETRAMESTRE	CUATRIMESTRE	SEMESTRE	ANUAL
PROMEDIO OBTENIDO EN EL CICLO ANTERIOR				
ANOTAR LA DURACIÓN TOTAL DE LA CARRERA				
NIVEL PROFESIONAL (Marcar el nivel profesional)	TSU	LICENCIATURA	MAESTRÍA	DOCTORADO

DATOS DEL SOLICITANTE				
NOMBRE COMPLETO				
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	FEMENINO
				MASCULINO
DOMICILIO			MUNICIPIO	
C.P.		TELÉFONO (LADA)		MAIL:
ESTADO CIVIL		DONDE LABORA ACTUALMENTE		CUALES SU INGRESOS MENSUAL
DE QUIEN ECONÓMICAMENTE DEPENDE (NOMBRE, PARENTESCO E INGRESO)		INGRESO MENSUAL FAMILIAR (SUMATORIA DE TODOS LOS QUE GENEREN INGRESOS)		NUMERO DE OTROS DEPENDIENTES (HIJOS)
VIVES EN CASA	PROPIA	RENTADA	IMPORTE DE RENTA	
			\$	

Nota: Se recibirán únicamente copias.

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE:

....., CHIAPAS: A DEDEL 2017

