

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 2019

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 que estudia)1-2-3 etc	TETRAESTRIMESTRE	CUATRIMESTRE	SEMESTRE	ANUAL
PROMEDIO OBTENIDO EN EL CICLO ANTERIOR				
ANOTAR LA DURACIÓN TOTAL DE LA CARRERA				
NIVEL PROFESIONAL (Marcar con una "X" 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 DEPENDE ECONÓMICAMENTE (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 2019