

BECA DE APOYO PARA TRABAJADORES (AS) Y FAMILIARES DIRECTOS
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN NUEVO INGRESO / REINSCRIPCIÓN POR CONDONACIÓN DE PAGO

FECHA: ____ / ____ / ____

Datos del Trabajador:

NOMBRE DEL EMPLEADO:	
PUESTO DE EMPLEADO:	
NO. EMPLEADO:	
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:	
TELEFONO:	

Datos del Aspirante / alumno:

NOMBRE:	
MATRÍCULA: <small>*N/A para primer ingreso.</small>	
CARRERA:	
CUATRIMESTRA A INGRESAR:	
PARENTESCO:	
TELEFONO:	
CORREO:	

*El beneficio corresponde a la exención de la colegiatura. La aplicación de examen diagnóstico y plataforma de inglés se tendrá que cubrir.

Firma del solicitante