**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 DEL EMPLEADO:*** |  |
| ***NO. DE EMPLEADO:*** |  |
|  ***ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:*** |  |
|  ***TELEFONO:*** |  |

**Datos del Aspirante / estudiante:**

|  |  |
| --- | --- |
| ***NOMBRE DE ESTUDIANTE / ASPIRANTE:*** |  |
| ***MATRÍCULA:***\*N/A para primer ingreso. |  |
| ***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