

# Solicitud de Beca Licenciatura

Licenciatura: \_\_\_\_\_

% de beca requerido \_\_\_\_\_  
(por el aspirante)

% de beca asignado \_\_\_\_\_  
(uso exclusivo del Comité de Becas)

**Tipo de beca:** Convenio:  Académica:  Deportiva:  Cultural o artística:

## DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Nombre:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Semestre:	Estado Civil: <input type="text"/>		
Dirección:	Calle	Número	Colonia
Actualmente usted trabaja:	<input type="text"/>	Nombre de la empresa o lugar donde presta sus servicios:	<input type="text"/>
Correo electrónico del aspirante/alumno:	<input type="text"/>		Teléfono: <input type="text"/>

## DATOS DE LA PERSONA DE QUIEN DEPENDA ECONÓMICAMENTE:

Nombre:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		
Dirección:	Calle	Número	Colonia		
Teléfono:	<input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>			
Parentesco:	<input type="text"/>	Profesión: <input type="text"/>	Ocupación: <input type="text"/>		
Nombre de la empresa donde trabaja:	<input type="text"/>				
Dirección:	Calle	Número	Colonia		
Ciudad:	<input type="text"/>	Estado: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>		
Giro de la empresa:	<input type="text"/>	Puesto: <input type="text"/>	Antigüedad: <input type="text"/>		
No. de personas que dependen de los ingresos familiares:	<input type="text"/>	No. de personas que viven en la casa habitación:	<input type="text"/>	No. de hermanos del solicitante:	<input type="text"/>
Estado de Civil:	<input type="text"/>			Vive bajo el mismo techo:	<input type="text"/>
Estado de Salud:	Sano <input type="checkbox"/>	Enfermo <input type="checkbox"/>	La familia recibe atención en: IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD <input type="checkbox"/>		
OTRO	<input type="text"/>				

## DATOS ACADÉMICOS DEL SOLICITANTE

Anote los datos que a continuación se le solicitan de su último período escolar cursado y terminado:

Periodo Escolar

Institución

Promedio actual

## **HISTORIAL ACADÉMICO FAMILIAR** (de todos los miembros de la familia dependientes o independientes económicamente, incluido el solicitante)

Llene los siguientes datos:

## VIVIENDA, PROPIEDADES, BIENES RAÍCES, ETC.

La casa que habita ¿a quién le pertenece?  Renta Mensual  Hipoteca

Tipo de vivienda: Casa  Departamento  Cuarto  Otro  Propia  Rentada  Hipotecada  Otro

Mobiliario: Completo  Incompleto  Buen Estado  Regular Estado  Deteriorado

Si tiene otras propiedades (casa, locales, departamentos, terrenos, etc.) indique:

Fecha de adquisición	Descripción	Ubicación	Superficie construida m <sup>2</sup>	Valor comercial actual	Ingreso mensual que genera

### Vehículos que posee la familia:

Propietario	Marca	Modelo-año	Valor comercial actual	Cantidad que adeuda	Pago mensual

Explique y fundamente la razón por la cual solicita la beca

Explique y fundamente la razón por la cual solicita la beca

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## INGRESOS FAMILIARES MENSUALES

Anote los datos de cada uno de los integrantes que aportan al ingreso familiar:

Nombre del aportante	Aportación mensual bruta
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
Total de ingresos familiares: _____	

## EGRESOS FAMILIARES MENSUALES

Deben ser los gastos erogados por todos los miembros de la familia

Alimentación	\$ _____		
Renta de la casa	\$ _____	Gasolina y/o transporte	\$ _____
Importe de las colegiaturas de los hermanos	\$ _____	<b>PAGOS DE CRÉDITOS</b>	
Agua	\$ _____	Hipoteca de la casa o departamento	\$ _____
Luz	\$ _____	Tarjetas de crédito	\$ _____
Teléfono	\$ _____	Préstamos	\$ _____
Gas	\$ _____	Mensualidad de automóvil	\$ _____
Teléfono celular	\$ _____	Subtotal A	\$ _____
TV por cable	\$ _____	<b>OTROS GASTOS (ESPECIFIQUE)</b>	
Servicio doméstico	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Gastos médicos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguros (vida, casa, auto,etc.)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Material Escolar	\$ _____	Subtotal B	\$ _____
Calzado y Vestido	\$ _____	Total de egresos familiares: Subtotal A + Subtotal B	
Entretenimiento	\$ _____	\$ _____	
Otro	\$ _____		

Total de ingresos familiares:	\$ _____
Menos total de egresos:	\$ _____
Resultados:	\$ _____

En su caso, especifique lo que hace su familia para igualar los ingresos con los egresos.

---



---



---



---

Yo bajo protesta de decir verdad, declaro que los datos asentados en la presente solicitud, así como los documentos que se anexan son verídicos y autorizo a la Universidad La Salle Morelia a verificar total o parcialmente dicha información.

---

Nombre del aspirante

---

Nombre del padre o tutor en caso de minoría de edad

Fecha a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

---

#### OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE BECAS

---

---

---

---

---

---

---

---

#### NOTA IMPORTANTE

La presente no es una beca ni compromete a la Universidad a otorgarla.

---

## AVISO DE PRIVACIDAD

#### I. Responsable de la protección de sus datos personales.

La Universidad La Salle Morelia A.C., con domicilio en Avenida Universidad No. 500, Municipio de Tarímbaro, C.P. 58880 Michoacán, es responsable del tratamiento de sus datos personales en términos de lo establecido por el artículo 3º fracción XIV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP).

#### II. Tratamiento de datos personales.

La Universidad La Salle Morelia A.C., asegura la más estricta confidencialidad en la recolección y el tratamiento de los datos personales del (os) alumno (s) y padres de familia recabados para la prestación de los servicios ofrecidos por la institución. Dichos datos personales serán tratados ajustándose a lo establecido en Ley. Los datos recabados por la Universidad, se utilizarán para poder realizar sus trámites de inscripción tanto internos, como ante la Secretaría de Educación Pública (SEP), así como para la prestación de los servicios académicos y administrativos en el Sistema Educativo de las Universidades La Salle. La Universidad La Salle Morelia A.C., tratará toda la información personal con total confidencialidad y tomará todas las medidas necesarias para hacer de sus bases de datos seguras y salvaguardará toda la información que obtenga de usted.

#### III. Ejercicio de los Derechos de Acceso, Rectificación , Cancelación y Oposición.

Para el ejercicio de sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO) puede enviar su solicitud por escrito, vía electrónica a través de la dirección [oficinadeprivacidad@lasallemorelia.edu.mx](mailto:oficinadeprivacidad@lasallemorelia.edu.mx) donde con gusto le atenderemos.

Este aviso de privacidad está vigente desde el primero de enero de 2012 y podrá ser modificado por la institución, en forma discrecional.

Si tiene alguna duda sobre el contenido, interpretación o alcance de este aviso puede contactar a nuestra Oficina de Privacidad vía correo electrónico en la dirección [oficinadeprivacidad@ulsamorelia.edu.mx](mailto:oficinadeprivacidad@ulsamorelia.edu.mx).