

FORMULARIO DE SOLICITUD/ RENOVACIÓN DE BECA

1) Tipo de Beca

a. Ingresantes ☐

b. Estudiantes Avanzados ☐

c. PFA Hijos de Caídos ☐

d. Funcionarios del Área de Seguridad ☐

e. Beca Transitoria de
Situación Extraordinaria (BTSE) ☐

f. Renovación¹ ☐

(Si renueva, marque además la beca otorgada)

2) Datos Personales

Apellido y nombres:

Tipo y n° de documento: Edad:

Fecha de Nacimiento:/...../..... Nacionalidad:

CUIL: Correo Electrónico:

Estado Civil:

OTROS Datos: Domicilio del postulante durante el cursado

Calle: Número:

Piso: Departamento:

Barrio: Manzana: Casa:

Localidad: Provincia:

Tel. Fijo: Tel. Celular:

3) Datos del Grupo Familiar (para las becas del ítem a, b y e)

Calle: Número:

Piso: Departamento:

Barrio: Manzana: Casa:

Localidad: Provincia:

¹ Destinada a los alumnos que desean actualizar el beneficio otorgado durante el ciclo lectivo anterior al presente.

Tel. Fijo: Tel. Celular:

Vivienda

- Propia (aunque no esté escriturada)
- Cedida (prestada por tiempo determinado o no)
- Vivienda en lugar de trabajo (contratistas, caseros, etc.).
- Ubicada en terrenos fiscales o asentamientos precarios
- Usurpada
- Alquilada. Consignar monto del alquiler:(A) En caso de compartir el gasto de alquiler con otras personas o familias debes consignar solamente la parte que pagan vos y/o tu familia) :\$.
- Pago cuota IPV, BHN, Cooperativa. Consignar monto de la cuota (aunque exista deuda): \$.
- Sucesión

Composición y Servicios (marcar la opción correspondiente)

Cantidad de dormitorios:

Comparte la Vivienda con otro grupo familiar Si No

Cantidad de integrantes bajo el mismo techo (incluido vos) Si No

¿Dispone de servicio de agua potable en el interior de su casa? Si No

¿Dispone de cloacas o pozo séptico? Si No

¿Dispone de gas de red o envasado? Si No

¿Dispone de luz eléctrica? Si No

Vehículos

¿Poseen vehículos? Si No ¿Cuántos?

– Marca:Modelo:..... Año:.....

– Marca:Modelo:..... Año:.....

4) Datos Socioeconómicos Familiares (para las becas del ítem a, b y e)

Parentesco:

Apellido y nombres:.....

Edad:Estado civil:

Trabaja: Si ☐ No ☐ (marcar con una cruz la opción que corresponda)

Actividad:.....Ingreso Mensual.....

Parentesco:

Apellido y nombres:.....

Edad:Estado civil:

Trabaja: Si ☐ No ☐ (marcar con una cruz la opción que corresponda)

Actividad:.....Ingreso Mensual.....

Parentesco:

Apellido y nombres:.....

Edad:Estado civil:

Trabaja: Si ☐ No ☐ (marcar con una cruz la opción que corresponda)

Actividad:.....Ingreso Mensual.....

Parentesco:

Apellido y nombres:.....

Edad:Estado civil:

Trabaja: Si ☐ No ☐ (marcar con una cruz la opción que corresponda)

Actividad:.....Ingreso Mensual.....

Parentesco:

Apellido y nombres:.....

Edad:Estado civil:

Trabaja: Si ☐ No ☐ (marcar con una cruz la opción que corresponda)

Actividad:.....Ingreso Mensual.....

Parentesco:

Apellido y nombres:.....

Edad:Estado civil:

Trabaja: Si ☐ No ☐ (marcar con una cruz la opción que corresponda)

Actividad:.....Ingreso Mensual.....

Parentesco:

Apellido y nombres:.....

Edad:Estado civil:

Trabaja: Si ☐ No ☐ (marcar con una cruz la opción que corresponda)

Actividad: Ingreso Mensual:

Parentesco:

Apellido y nombres:

Edad: Estado civil:

Trabaja: Si ☐ No ☐ (marcar con una cruz la opción que corresponda)

Actividad: Ingreso Mensual:

5) Datos de Salud (para las becas del ítem a, b y e)

Marque con una X en el casillero correspondiente:

Integrante	Problemas de Salud del Grupo Familiar			
	Discapacidad total	Discapacidad parcial o enfermedad severa	Enfermedad crónica	Ninguna
SOLICITANTE				
PADRE				
MADRE				
HERMANOS				
OTROS				

(Obligatorio: Presentar certificado médico si se consigna alguna enfermedad o discapacidad)

Es afiliado a una Obra Social: Si No

Nombre de la Obra Social: Tipo:

¿El grupo familiar posee Obra Social?

- Si, toda la familia
- Algunos
- Ninguno

6) Datos Laborales

Completar Becas ítem a, b y e

Nombre del Organismo/Empresa al que pertenece:

Cargo o tarea:

Carga horaria semanal:

Calle: Número:

Piso: Dpto.:

Localidad: CP:

Provincia:.....País:.....

Completar Becas Funcionarios del Área de Seguridad

Nombre del Organismo al que pertenece:.....

Cargo o Jerarquía:.....

Calle:.....Número:.....

Piso:.....Dpto.:.....

Localidad:.....CP:.....

Provincia:.....País:.....

7) ¿Tramitó la presente solicitud en la División Intercambio de la PFA?

- SI (Becas Funcionarios del Área de Seguridad - Adjunto copia de la carta presentada en División Intercambio de la PFA)
- NO

8) ¿Es hijo de personal caído?

- SI (Adjunto documentación respaldatoria)
- NO

9) Datos Académicos del postulante

Colegio Polimodal o Secundario:

Año de Egreso: Título Terciario:.....

Año de ingreso al Instituto:

Carrera(s):.....

Nº total de materias aprobadas a la fecha:.....

¿Tiene alguna otra beca?

Si Cuál/es.....

No

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados en este formulario son ciertos y completos, y que estoy en pleno conocimiento de las resoluciones que reglamentan el cumplimiento de los requisitos para ser receptor de la beca que solicito.

.....

Firma

.....

Aclaración

Lugar y fecha:.....