

La Plata, de de 201

Dra. Alicia Cruzado
Decana de la Facultad de
Ciencias Astronómicas y Geofísicas
Universidad Nacional de La Plata

Me dirijo a usted a fin de solicitarle
tenga a bien aceptar mi inscripción al registro de
aspirantes para el Programa de Becas de Estudio que
esta Facultad otorga a sus estudiantes siendo que
cumpla con el único requisito de la convocatoria, ser
alumno regular de la Facultad. Junto con la presente
nota adjunto:

- Nómina de datos.
- Formulario de inscripción.
- Fotocopia de DNI.
- Certificado de alumno regular.
- Documentación probatoria.

Si otro particular me despido atentamente.

FIRMA:

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (No completar)=

Becas de Estudio

Convocatoria

La información que detallo en esta solicitud es exacta y tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**. Declaro conocer que el objetivo de esta beca es la ayuda económica y que la obtención de la misma no genera antecedentes académicos.

Teniendo la información el carácter de declaración jurada, cualquier falsedad en la que se incurra será pasible de la suspensión inmediata del pago de la beca, dependiendo de la gravedad del hecho la imposibilidad de participar en el concurso de BECAS DE ESTUDIO en el tiempo que el Consejo Directivo de esta Facultad decida.

Adjunto a esta planilla deberá presentar: **Fotocopia de documentación que certifique su situación laboral personal y la de los miembros de su grupo familiar que le realizan aportes económicos** (recibo de sueldo, certificado de desempleo, certificado de jubilación o pensión), **fotocopia de alguna documentación relacionado con situación de vivienda sin importar si el mismo se encuentra a su nombre** (contrato de alquiler, recibo del pago de alquiler o pensión).

NOMINA DE DATOS

Datos Personales

Apellidos (legales):	
Nombres (legales):	
Apellidos (elegidos)*:	
Nombres (elegidos)*:	
DNI:	
Fecha de Nacimiento:	
Edad:	
Dirección:	
Teléfono:	
E-mail:	
Año de Ingreso:	
Número de Alumno:	

* En función de lo establecido por el Consejo Directivo en relación al tema de Identidad de Género

FIRMA:

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

NÚMERO DE ALUMNO:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (No completar)=

FORMULARIO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (No completar)=

Importante: todos los campos deben llenarse. En el caso que no corresponda dejarlo explícito.

Datos del Grupo Familiar

1. Complete los siguientes datos de cada uno de los miembros de su grupo familiar y el vínculo que tiene con usted.

Apellidos	Nombres	DNI	Vínculo

Situación personal

2.a) En caso de NO residir con su familia. Marque con una cruz lo que corresponda:

Soy Propietario	
Alquilo	
Vivo en Pensión	
Otro	

***Si usted marcó “Vivo en Pensión” u “Otro”, especifique cuáles son los requisitos que se le exigen para poder alojarse allí. Especifique también el período de alojamiento.**

Indicar cuántas personas residen en su vivienda (incluido usted mismo):
Indicar cuántas personas residen en su habitación (incluido usted mismo):
Indicar aporte INDIVIDUAL TOTAL sumando los gastos mensuales en vivienda, alquiler, impuestos y servicios básicos (luz, agua, gas, expensas):

2. b) En caso de residir con su familia, marque con una cruz lo que corresponda:

Soy Propietario	
Alquilo	
Vivo en Pensión	
Otro	

Si usted marcó “Vivo en Pensión” u “Otro”, especifique cuáles son los requisitos que se le exigen para poder alojarse allí. Especifique también el período de alojamiento.

Indicar cuántas personas residen en su vivienda (incluido usted mismo):
Indicar cuántas personas residen en su habitación (incluido usted mismo):
Indicar gastos mensuales de todo el grupo familiar sumando los relacionados con vivienda, alquiler, impuestos y servicios básicos (luz, agua, gas, expensas):

3. Para cualquiera de los dos casos anteriores (resida o no con su familia) complete lo siguiente:

Indique la dirección de su lugar de residencia:

¿Cuál es su forma de transporte desde su lugar de residencia hasta la FCAG?: caminando, en bicicleta, en colectivo, de otra manera (especifique)

Indique gastos aproximados de transporte (mensual):

Indique con una cruz si se encuentra bajo tratamiento medico*:

Indique gastos en medicamentos (mensual):

Indique gastos de comida aproximados (mensual):

Indique cualquier otro gasto que le parezca pertinente mencionar (mensual) y una descripción de dichos gastos.

SI	NO

*En caso de encontrarse bajo tratamiento médico especifique:

Situación económica

4. Si usted cuenta actualmente con alguna Beca (incluida la que otorga la FCAG) que le proporcione ayuda económica, complete:

Nombre de la Beca	
Entidad que le otorga la Beca	
Monto otorgado por la Beca (mensual)	
Período durante el cual cuenta con la Beca	
Requisitos que se le exigen para mantener la Beca	

5. Datos Familiares

Describa brevemente a su grupo familiar y la situación laboral de cada uno de ellos (sin proporcionar nombres propios)

Vínculo	Situación laboral

Indique cuántos dependen económicamente de los ingresos totales del grupo familiar	
Indique lugar de residencia de su grupo familiar	
Indique si usted mantiene alguien a cargo	

6. Indique con una cruz el tipo de aporte económico que usted recibe de su grupo familiar:

TOTAL	
PARCIAL	
NINGUNO	

6. a. Si usted respondió TOTAL o PARCIAL, especifique:

Ingreso mensual total del grupo familiar	
Ingreso mensual aportado a usted por su grupo familiar, especifique cual(es) de ellos aporta y adjunte (en caso de existir) el (los) respectivo(s) recibo(s) de sueldo.	

6.b. Si usted respondió PARCIAL o NINGUNO, especifique como completa sus ingresos:

--

6.c. Si usted respondió NINGUNO, detalle brevemente sus razones:

--

7. Si realiza alguna actividad laboral actualmente especifique en detalle lo que considere necesario (horarios, si necesita gastar en transporte, etc.):

--

8. Finalmente, indique sus ingresos parciales y el total

Beca	Aporte del grupo familiar	Actividad Laboral	Total
------	---------------------------	-------------------	-------

9. Información adicional: si considera que algún dato puede ser de ayuda en la evaluación, por favor complete el siguiente campo con él:

--

