



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
 COORDINACIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y GESTIÓN ESCOLAR
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES
SOLICITUD DE BECA COMPENSACIÓN

DATOS DEL PROGRAMA:

Número y nombre: _____

Unidad académica o dependencia administrativa donde participa: _____

Monto de beca mensual: \$ _____

Número de semestres participando como becario en este programa (sin incluir el presente): _____

DATOS DEL BECARIO SOLICITANTE:

Nombre: _____ Unidad Académica _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Carrera: _____ Semestre: _____ Matrícula: _____

Correo electrónico: _____ Prom. Gral. _____ Período: _____

Número de cuenta de credencial inteligente: _____

Importante: Revisa que el número de cuenta que ingresó a su solicitud sea el correcto, debido a que el sistema automáticamente enviara el depósito a este número. En dado caso de que este mal, puede volver a ingresar y corregir el número de cuenta.

Para tener derecho a la beca solicitada el estudiante se compromete a sostener un promedio general no inferior a 80 (ochenta) y a realizar actividades de apoyo al **Programa** del que es becario desempeñando las labores que se le asignen con un máximo de 20 horas semanales con un horario que no interfiera con el de sus actividades escolares. El **Programa de actividades** está definido en la Unidad Académica ó dependencia administrativa, y es avalado por el responsable del becario y el alumno.

El alumno se compromete a cumplir con los requisitos establecidos y de no realizar satisfactoriamente las labores a juicio de la Unidad Académica ó dependencia administrativa, se podrá en cualquier momento cancelar la beca.

La vigencia de la Beca es del ____ de _____ al ____ de _____ del 20____.

Mexicali, Baja California., a _____ de _____ de 20____.

A t e n t a m e n t e

A t e n t a m e n t e

Alumno

Responsable del Becario

A t e n t a m e n t e

**Director Unidad Académica/
 Dependencia Administrativa**