



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

DATOS DEL PROGRAMA:

EL BECARIO PARTICIPARÁ COMO: Auxiliar de Investigación() Becario Posgrado () Becario Licenciatura ()	Número de Convocatoria de Investigación: _____ Número y Nombre del Proyecto de Investigación: _____ _____ Investigador responsable del proyecto: _____ Monto de beca mensual: \$ _____
---	--

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

Investigador responsable del programa

A t e n t a m e n t e

**Director Unidad Académica/
 Dependencia Administrativa**