|  |
| --- |
| ***A COMPLETAR POR EL/LA ESTUDIANTE*** |
| **NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  |
| **DOCUMENTO NACIONAL DE DENTIDAD** |  |
| **CUIL/CUIT** |  |
| **FACULTAD/UNIDAD ACADEMICA** |  |
| **NUMERO DE LEGAJO/ REGISTRO** |  |
| **DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO** |  |
| **NUMERO DE TELEFONO CELULAR** |  |
| **DOMICILIO** |  |
| ***A COMPLETAR POR EL/LA COORDINADOR/A*** |
| **TIPO DE BECA SOLICITADA (PRESTACION, PRE- PROFESIONAL)** |  |
| **FUNCION EN EL PROGRAMA O PROYECTO** |  |
| **LUGAR DE DESEMPEÑO DE LA BECA** |  |
| **FECHA DE ALTA** |  |
| **FECHA DE BAJA** |  |
| **CANTIDAD DE MESES** |  |
| **HORAS SEMANALES** |  |
| **MONTO MENSUAL DE LA BECA** |  |
| **MONTO TOTAL DE LA BECA** |  |

* **Anexar copia digital CUIL, copia digital DNI por cada estudiante y certificado de estudiante regular.**