

San Martín Texmelucan de Labastida, a \_\_\_\_ de septiembre de \_\_\_\_

## SOLICITUD DE BECA

Académica

Deportiva

### DATOS PERSONALES

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

### DATOS ACADEMICOS

Licenciatura: \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_  
Semestre: \_\_\_\_\_  
Promedio: \_\_\_\_\_

### SERVICIO BECARIO

Al ser beneficiado (a) con la beca descrita en este documento, acepto realizar un servicio becario de acuerdo con el tiempo y las actividades determinadas por la Coordinación Académica General y Control Escolar.

---

**Nombre completo y firma del alumno**

C.C.P. ARCHIVO  
C.C.P. DIRECCIÓN GENERAL  
C.C.P. CONTROL ESCOLAR  
C.C.P. DEPTO. ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS