



COLEGIO UNIVERSITARIO DE CARTAGO
BIENESTAR ESTUDIANTIL Y CALIDAD DE VIDA
UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

Fecha Entrega:
CONSULTA AL
TELÉFONO 2550-6231
9:00 A 4:00 P.M.

SOLICITUD BECA ESPECIAL

DATOS PERSONALES SOLICITANTE	TIPO DE BECA SOLICITADA
Nombre: _____ Número de cédula: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Domicilio: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Carrera: _____ No de carné: _____ Nivel _____ Cuatrimestre: _____	1.- Funcionario 2. – Beca Especial (proyecto) 3.- Tribunal estudiantil Ha solicitado éste tipo de beca o algún otro con anterioridad aunque la solicitud le haya sido denegada: () Sí () No Firma estudiante: _____ Fecha: _____
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE POTENCIAL HUMANO	
Funcionario: _____ Cédula: _____ Tipo de nombramiento: Definido () Indefinido () Jornada: _____ Fecha de inicio labores en el C.U.C. _____ Fecha de nombramiento actual: Desde: _____ Hasta: _____	Condición: Activo () Jubilado () Observaciones: _____ Firma responsable: _____ Fecha: _____ Sello: _____
DEPARTAMENTO DE BIENESTAR ESTUDIANTIL	
Uso Trabajo Social	Uso Comisión de Becas

***Requisitos:**

1. Ser funcionario nombrado, mínimo con una jornada de medio tiempo.
2. Presentar Borrador de Notas

Recuerde que la beca debe ser renovada cada cuatrimestre.

Fecha: _____