## FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECAS AÑO 2.025

1. **DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

- Apellido y Nombre: ..……………………… …………. Edad …… Tel/Cel de contacto….…………………

-Lugar de Procedencia:……………………….Domicilio de residencia actual ………………………………

-Localización de la Institución en la que cursa: -Casa Central  - Filial San Pedro 

- Filial. Lib. Gral. S. Martin  - Filial Perico 

**-Estado civil:** Soltero/a Casado/a  Unión Convivencial  Separado/a Divorciado/a 

**-TURNO**: Mañana Tarde Noche

1. **SITUACIÓN ACADÉMICA**

|  |
| --- |
| **CARRERA QUE CURSA (Señale con una x )** |
| Prof. enEducación Especial con orientación en Discapacidad Intelectual. |  | Prof. de educación secundaria en ciencia Política. |  | Prof. en CsSagradas |  | Tec. Sup. en Hemoterapia. |  |
| Tec. Sup. en Gestión Jurídica |  | Tec. Sup. en A. D. E.c/ Orientación en PYMES |  | Tec. Sup en Laboratorio de Análisis Clínicos |  | Tec. Sup. en Niñez, Adolescencia y Familia |  |
| Tec. Sup. en Gestión Ambiental |  | Tec.Sup. en Acompañamiento Terapéutico |  | Tec. Sup. En Administración Publica con orientación al Desarrollo Local. |  | Tec. Sup. en Ciencia de Datos e Inteligencia Artificial. |  |
| Tec. Sup. En Agente Sanitario. |  | Prof. de Educación Sec. En Lengua y Literatura |  | Tec. Sup.en Mecatrónica. |  | Prof. en Educación Especial con orientación en Sordos e Hipo acústicos. |  |
| Prof. En Educ. Sec. En Historia |  | Tec. Sup en Desarrollode Software |  | Prof. En Educ. Sec. en Psicología |  | Tec.Sup. en AcompañamientoTerapéutico |  |
| Tec. Sup. en Automatización y Robótica. |  | Tec. Sup. en Trabajo Social |  | Tec. Sup en Higiene y Seguridad en el Trabajo. |  | Tec. Sup. en Emergencias Pre Hospitalaria |  |
| Otros:  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **AÑO QUE CURSA** |
| **Curso****Materias que cursa** | **Primero** | **Segundo** | **Tercero** | **Cuarto** |
| **-*Especifique nombre de las materias en el curso correspondiente******-Si cursa todas las materias consigne “completo”*** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***MATERIAS RENDIDAS CON EXAMEN FINAL****Especificar nombre de la materia en el curso correspondiente. Consigne “completo” en caso de no adeudar**Materias* |
| ***CURSO*** |
| **Primero** | **Segundo** | **Tercero** | **Cuarto** | **Observaciones en relación****a la situación académica** |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***ESPACIOS CURRICULARES QUE ADEUDA RENDIR EXAMEN FINAL****Especificar nombre de la materia que adeuda rendir final. Coloque un guion en caso de no adeudar ninguno.* |
| **CURSO** |
| **Primero** | **Segundo** | **Tercero** | **Cuarto** |
|  |  |  |  |

**Materias Rendidas (Especificar nombre del espacio curricular y calificación) Turno de examen: Noviembre-Diciembre 2024:**

**-----------------------------------------------------------------------------**

**Febrero-Marzo 2025:**

**-------------------------------------------------------------------------------**

**-Promedio General (obligatorio)** Se calcula sumando todas las notas de los exámenes finales y dividiendo por la misma cantidad**.**

**ACREDITACIÓN DE INSCRIPCIÓN Y CUOTA**: Marca con X

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Abonó inscripción | SI | NO |
| -Abonó cuota mes de marzo | SI | NO |

*Observaciones:*………………………………………………

…………………………………………………………………

………………………………………………………………..

1. **SITUACIÓN LABORAL DEL ALUMNO (**Marque la opción que corresponda)

**-TRABAJA SI ** **NO **

|  |
| --- |
| **TRABAJA** |
| Lugar de trabajo: |
| Horario: |
| Ingresos económicos: |

|  |
| --- |
| **Responsable económico del alumno (Marque con una x)** |
| Padre: | Tíos: |
| Madre: | Abuelos: |
| Hermanos: | Otros: |

**-Recibe ingreso de programas sociales**: SI NO ¿Cual?...................................................................

1. **SITUACIÓN SOCIO SANITARIA DEL ALUMNO** (Marque la opción que corresponda. Especifique)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Obra Social | SI | NO | ¿Cuál? …… ……………................................................... |
| Padece alguna enfermedad | SI | NO | ¿Cuál? …………………………………………………… |
| Se encuentra en tratamiento médico | SI | NO | Observación:…................................................................ |

¿Se considera una persona saludable? SI  NO 

1. **SITUACIÓN FAMILIAR DEL ALUMNO**

**-** Grupo familiar conviviente **(Consigne el grupo familiar con el que reside y /o que se constituyen en su red de apoyo)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Integrantes** | **Parentesco (Padre- madre- Cónyuge- Pareja- Hijos)** | **Edad** | **Ocupación****Especifique: Lugar de Trabajo/Situación de Revista (Contratado-Planta Permanente)- Actividad Informal(Detalle tipo de actividad)** | **Ingreso (Monto Aproximado****)\*1** | **Enfermedad/D iscapacidad****\*2(Especifique )** | **¿Colabora económicam ente con el alumno?\*3(S i-NO-****Porque)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**\*1 Se deberá respaldar el monto especificado con recibo de sueldo en caso de empleos formales o exposición policial en caso de actividades informales.**

 ……………………………………………………………………………………………………………………..

**\*2 Especificar qué tipo de enfermedad y/o discapacidad.**

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

.......................................................................................................................................................................................

**-Observaciones en relación a situación familiar:\*3 En este apartado especifique el motivo en caso de no contar con el apoyo del grupo familiar conviviente y/o alguna otra situación que desee que se contemple al evaluar el formulario.-**

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

7- **SITUACIÓN HABITACIONAL DEL ALUMNO** Marque la opción que corresponde

## a) RESIDE CON EL GRUPO FAMILIAR SI  NO

**Para ambas opciones consigne situación de tenencia de la vivienda:**

-Propia  -Alquilada  Monto del Alquiler………………………

-Cedida  -Agregados  ¿A quién?..................................................

- Compartida ¿Con quién?…………………………......

-Otras situaciones……………………………………………………………………………………………………………

.…………………………………………………………………………………………………………

## c) En caso de no residir con el grupo familiar consigne las razones:

-Por estudios

-Vive independientemente 

-Otras situaciones  Especifique ……………………………………

*Observaciones en relación a situación habitacional*

*(Completar en caso de que se requiera señalar alguna situación no contemplada en el formulario)*

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

## 8- ASPECTO CUALITATIVO: VOCACIONAL-ACADÉMICO

A-¿Por qué elegiste la carrera?....................................................................................................................................

…….……………………………………………………………………………………………………….

B-La carrera elegida se acerca a tus expectativas………………………………………………………………

C- ¿Consideras que existe alguna dificultad que influye en tu trayectoria académica?

-Familiar ¿Por qué?...............................................................................................................................

-Personal ¿Por qué?...............................................................................................................................

-Institucional  ¿Por qué?...........................................................................................................................

-Otra ¿Cual?...................................................................................................................................

***Espacio a ser completado por entrevistador:***

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

**Condición de Beca:**

***“****Si en las solicitudes o con posterioridad al otorgamiento de la beca, se comprobara que el alumno incurrió en falsedad u omisión, el pedido quedará automáticamente denegado o se dispondrá su inmediata cancelación, quedando su titular obligado a la inmediata restitución de las cuotas cubiertas por la misma.”(****Art 23°Reglamento de Becas Académicas****)*

FIRMA DEL ENTREVISTADO