



Cruz Roja Mexicana
 Coordinación Estatal de Capacitación
 Ciudad de México

Solicitud
APLICACIÓN BECA
 CAD-SB-2019



¿Has solicitado beca anteriormente?

Sí No ¿Cuándo? _____

(Mes y generación en la que se encontraba)

Actualmente se encuentra inscrito en:

Nivel: _____ Generación: _____ Grupo: _____

LEE CUIDADOSAMENTE LA SOLICITUD ANTES DE RESPONDERLA. Responde a todos los datos que se solicitan.

DATOS PERSONALES

Deben coincidir con el acta de nacimiento y comprobante de domicilio

Nombre _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Nacionalidad _____ **Estado civil** Soltero Casado Divorciado

¿Trabajas? Sí No **Puesto:** _____ **Ingreso mensual** \$ _____

Dirección: _____
Calle, N° interior, N° exterior Colonia

Delegación Estado Delegación Ciudad

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Oficina: _____

Correo electrónico: _____

DATOS DEL TUTOR

Nombre del tutor: _____ **Parentesco:** _____

Ocupación: _____ **Empresa:** _____ **Ingreso mensual** \$ _____

Alguien más aporta a tu educación: Sí No Si su respuesta es afirmativa, especifique:

Nombre : _____ **Parentesco:** _____

Ocupación: _____ **Empresa:** _____ **Ingreso mensual** \$ _____

Declaro que toda la información de esta solicitud es verdadera
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE