



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



SEV
Secretaría
de Educación



COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE VERACRUZ

SOLICITUD DE BECA CONOCIMIENTO, ARTE, CULTURA Y DEPORTE

PLANTEL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

NOMBRE DEL ALUMNO

MATRÍCULA

CURP

EDAD

SEXO

SEMESTRE
(POR CURSAR)

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

CALLE

NÚMERO EXT. Y/O INT.

(NÚMERO DONDE SE TE PUEDE LOCALIZAR)

DOMICILIO ACTUAL

COLONIA

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO

LOCALIDAD

DATOS DEL ENCUENTRO

ENCUENTRO EN EL QUE PARTICIPASTE

LUGAR OBTENIDO

QUIEN REVISÓ DOCUMENTOS EN EL PLANTEL

DÍA

MES

AÑO

FECHA DE SOLICITUD DE BECA

RESPONSABLE DE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA

NOMBRE Y FIRMA

FIRMA DEL SOLICITANTE