



COLEGIO DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE BECA LICENCIATURA, MAESTRÍA Y DOCTORADO

Instrucciones para el llenado de esta solicitud:

1. Lea cuidadosamente antes de llenar la solicitud para evitar errores.
2. Utilice letra de molde y tinta **NEGRA**.
3. No se permiten tachaduras ni corrector.
4. La información que proporcione será manejada confidencialmente y debe ser verídica.
5. Este formato debe venir acompañado con la copia de su última boleta recibida con promedio general de 9.0 (nueve punto cero) del ciclo inmediato anterior.
6. La solicitud que no esté totalmente requisitada será rechazada por el Comité de Becas.

I.- PROGRAMA ACADÉMICO.

PERIODO DE RENOVACIÓN _____

FECHA: _____

Nivel: Licenciatura Maestría Doctorado

Carrera: _____

Matrícula: _____ Grupo: _____ Ciclo Escolar: _____

II.- DATOS DEL ALUMNO.

Nombre: _____ Edad: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Estado civil: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____
Calle y Número Colonia Estado C.P.

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Promedio: _____ ¿Ha recibido AVISO por atraso de pagos? Si No

**Nombre y Firma
del Alumno**