



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**DIRECCIÓN DE MISIONES UNIVERSITARIAS-ÁREA DE BECAS  
MODALIDAD CLÁSICA**



**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE BECAS DISCAPACIDAD**

Sr./Srta. estudiante, favor llenar el formulario a máquina o con letra imprenta legible, y adjuntar los requisitos solicitados, ya que de esta información depende la asignación de la beca.

La información personal proporcionada será de uso exclusivo del departamento de becas para la tramitación de la beca solicitada, teniendo ésta el carácter de información confidencial.

Solicitud de Beca: Primera vez ( ) Segunda vez o más ( )		Correo electrónico:	
Apellidos:		Nombres:	
Céd. Identidad:	Nº Teléf. (Domicilio):	Celular:	
Carrera:	Período Académico:	Ciclo:	
Asignaturas elegidas ciclo anterior: Aprobadas (Nº)_____ Reprobadas (Nº)_____			
Tipo discapacidad:		Porcentaje discapacidad:	

**REQUISITOS:** (Que deben ser entregados en los plazos establecidos por el Área de Becas)

1. Formulario debidamente llenado y firmado, adjuntando una foto tamaño carnet de frente con fondo blanco (actualizada).
2. Fotocopia del carnet de discapacidad.
3. Fotocopia de la cédula de identidad.

<b>COMPROMISO</b>	<b>RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE BECAS</b>
El/la estudiante manifiesta conocer el espíritu, condiciones y normativa aplicables a las becas que otorga la UTPL, por lo que expresamente las acepta y se compromete a acatar las resoluciones del Comité de Becas relativas a la presente solicitud.	BECA DEL ..... %
	_____ f. Presidente del Comité

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_