BECA ALIMENTARIA FMYCB

# FICHA DEL ALUMNO A

FOTO

FECHA:

NOMBRE COMPLETO:

MATRÍCULA:

CARRERA:

SEMESTRE

CAMPUS:

PROMEDIO SEMESTRE ANTERIOR:

GLOBAL:

DOMICILIO ACTUAL:

TELÉFONO:

CELULAR (CON LADA):

CORREO:

¿CUENTA CON OTRA BECA?

¿CUÁL?

LLENAR SOLO FORÁNEOS:

CIUDAD DE ORIGEN:

DOMICILIO DE TU CIUDAD DE ORIGEN:

TELÉFONO :

BECA ALIMENTARIA FMYCB

# CARTA DE SOLICITUD B

CHIHUAHUA, CHIH. _____ //_____//_____.

COMITÉ DE BECAS
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMÉDICAS
PRESENTE:

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

BECA ALIMENTARIA FMYCB

# HORARIO C

NOMBRE COMPLETO:

MATRÍCULA:

CARRERA:

SEMESTRE

CAMPUS:

| HORARIO | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7:00-8:00 | | | | | | |
| 8:00-9:00 | | | | | | |
| 9:00-10:00 | | | | | | |
| 10:00-11:00 | | | | | | |
| 11:00-12:00 | | | | | | |
| 12:00-13:00 | | | | | | |
| 13:00-14:00 | | | | | | |
| 14:00-15:00 | | | | | | |
| 15:00-16:00 | | | | | | |
| 16:00-17:00 | | | | | | |