

3 - DATOS DE CONTACTO ALTERNATIVO

Sólo consigne los datos en este punto si necesita que otra persona intermedie por usted para la recepción de correspondencia. En dicho caso se enviarán los formularios y las notificaciones sólo a esa persona y no a Usted.

Apellido y nombre de la persona de contacto _____

Nombre de la Institución de pertenencia de la persona de contacto _____

Calle _____ N° _____ Piso _____ Dto _____

Barrio _____ Manzana _____ Casa _____

Localidad _____ C. Postal _____

Provincia _____

Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Correo Electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4 - DESEMPEÑO ACADÉMICO (A COMPLETAR POR LA AUTORIDAD ACADÉMICA)

Nombre del establecimiento _____

CUE | | | | | | | | | | Anexo | | | |

Dirección _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

En caso de no contar con Tel. la Institución, consignar Tel. personal de autoridad académica.

Correo Electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

¿Es alumno regular en el presente ciclo lectivo? Sí No

¿De qué año y nivel educativo?

Educación Inicial Sala de 3 Sala de 4 Sala de 5

Educación Primaria o equivalente 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7°

Educación Secundaria o equivalente 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7°

¿Modalidad? Especial Jóvenes y Adultos Técnico-Prof. Otra ¿Cuál? _____

Educación Superior Carrera _____

¿Aprobó el año cursado durante el ciclo lectivo anterior al actual? Sí No

Si repitió, especificar motivos _____

Si asistió al Nivel Inicial,
¿Cursó regularmente y/o finalizó el curso correspondiente durante el ciclo lectivo anterior al actual? Sí No

Fecha ____ / ____ / ____ Firma y sello de Autoridad Académica e institución _____

5 - SALUD DEL ALUMNO

A) ¿Tiene alguna enfermedad o discapacidad de tipo permanente? Sí No

¿Cuál/es? _____

B) ¿Tuvo en el último año algún problema de salud que hubiera afectado su rendimiento escolar? Sí No

¿Cuál/es? _____

(De poseer algún problema de salud y/o discapacidad deberá acreditarlo fehacientemente)

6 - SUCURSAL BANCO NACIÓN ARGENTINA ELEGIDA PARA EL COBRO DE LA BECA

Sucursal Banco Nación Argentina N° _____ Nombre de la sucursal _____

Dirección _____

Localidad _____ C. Postal _____

Provincia _____

**Me notifico de que la información consignada precedentemente tiene carácter de declaración jurada.
(El falseamiento de los datos implicará la cancelación del beneficio.)**

Apellido y nombre de la persona que se constituye en Adulto Responsable

Nro. Documento de identidad | | | | | | | | | |

Lugar y fecha _____ **Firma** _____

El responsable adulto será el alumno a partir de 18 años de edad. Caso contrario, deberá ser la madre, el padre o el tutor. Si el responsable es un tutor, deberá enviar la documentación judicial que lo avale.

Documentación a presentar, según el nivel educativo al que asiste

Para quienes cursan el nivel inicial:

■ Formulario completo

- Constancia de alumno regular original, del presente ciclo lectivo, con los siguientes datos: nombre completo, n° de DNI, sala y sección a la que asiste el alumno; fecha de emisión, firma y sello de la Autoridad Académica competente, sin enmiendas ni correcciones.
- Constancia de finalización del curso de nivel inicial durante el ciclo lectivo anterior.

Para quienes cursan el nivel primario o el nivel secundario:

■ Formulario completo

- Constancia de alumno regular original, del presente ciclo lectivo, con los siguientes datos: nombre completo, n° de DNI, grado / año y sección a la que asiste el alumno; fecha de emisión, firma y sello de la Autoridad Académica competente, sin enmiendas ni correcciones.
- Fotocopia del boletín del año anterior certificada por Autoridad Escolar o constancia de finalización del nivel inicial, según corresponda.

Para quienes cursan el nivel superior (Terciario o Universitario):

■ Formulario completo

- Constancia de alumno regular original, del presente ciclo lectivo, con los siguientes datos: nombre completo, n° de DNI, nombre de la carrera, año de la carrera que cursa el alumno; fecha de emisión, firma y sello de la Autoridad Académica competente, sin enmiendas ni correcciones.
- Fotocopia legalizada del título secundario o certificado de título en trámite original (*). (Sólo quienes ingresan a la carrera)
- Plan de estudios de la carrera, con firma y sello de la Autoridad Académica competente. (Sólo quienes ingresan a la carrera)
- A partir del 2do año de la carrera, analítico parcial original de las materias aprobadas con su respectiva fecha de aprobación con firma y sello de la Autoridad Académica competente, sin enmiendas ni correcciones.

(* Se acepta como legalización la firma y sello de las Autoridades Académicas, Policía o Juzgados de Paz.

IMPORTANTE

Por favor no olvide completar toda la información solicitada en el formulario y firmarlo.
De omitir total o parcialmente la documentación antes solicitada, la beca será denegada.

Toda la documentación deberá ser presentada hasta el 30/06/2017

Para SOLICITAR LA BECA dirigirse a:

ÁREA BECAS LEY, Ministerio de Educación y Deportes
Av. Santa Fe 1548 – Piso 8vo frente - C1060ABO - C.A.B.A.
Teléfonos: 011- 4129-1800 INT. 1916 / 6121 / 6085 / 6129 / 6280
Correo electrónico: becasley@me.gov.ar