

**DECLARACIÓN JURADA: Toda la información y documentación del presente formulario debe ser verdadera y en caso de falsear algún dato el estudiante será privado del beneficio e inhabilitado para percibirlo en adelante.**

<b>Ingresante</b>	
<b>Renovante</b>	
<b>Nuevo</b>	
<b>Condicional</b>	

<b>Documentación a Presentar:</b>	
-Fotocopia de DNI o Pasaporte	
-Certificación Negativa ANSES de los integrantes del grupo familiar mayores de 18 años y solicitante	
-Ingresos de cada uno de los integrantes del grupo familiar: a) Empleados (últimos tres recibos de sueldo) b) Monotributistas (comprobante de AFIP/pago monotributo) c) Jornaleros y Changarines (declaración jurada especificando actividad laboral e ingresos mensuales)	
-Certificado de Discapacidad	
-Certificado Médico (de enfermedades crónicas agudas, discapacidades)	
-Fotocopia de Recibo de Alquiler y pasajes de transporte	
<b>Documentación Ingresantes:</b>	
-Constancia de inscripción a la Universidad	
- Título Secundario o certificado de finalización con promedio general	
<b>Nuevos (estudiantes avanzados) y Renovantes</b>	
-Constancia de alumno regular	
-Analítico de materias aprobadas	

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre de quien recibe el formulario: \_\_\_\_\_

**Constancia para el estudiante**

**DOCUMENTACIÓN: Completa:** Si - No

**Falta Presentar** \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Firma, Apellido y Nombre de quien recibe el formulario: \_\_\_\_\_



**1.5. Estado patrimonial del grupo familiar** (encerrar con un círculo lo que corresponda)

Vivienda del grupo familiar:

Propietario Si- No Alquila Si -No Monto \$.....

Plan de vivienda Si- No Monto \$.....

Prestada Si- No Otros Especifique.....

Posee campos Si- No Superficie: ..... m<sup>2</sup> Actividad.....

Posee terrenos Si- No Cuántos.....

Posee automotores Si- No Cuántos.....

Posee motocicletas Si- No Cuántos .....

**Consideraciones particulares**

Detalle de las enfermedades que afectan al estudiante y a los miembros del grupo familiar (con la presentación de los certificados médicos correspondientes, diagnóstico y medicación).

Parentesco	Enfermedad	Produce incapacidad

Consigne los motivos por los cuales necesitaría obtener la beca \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El/La que suscribe \_\_\_\_\_ declara bajo juramento que los datos consignados en este Formulario son correctos y completos, sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

FIRMA \_\_\_\_\_