



**Ficha de alumno:**

Fecha: \_\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_.

Matricula: \_\_\_\_\_ semestre al que va: \_\_\_\_\_.

Promedio semestre anterior: \_\_\_\_\_ promedio global: \_\_\_\_\_.

Ciudad de origen: \_\_\_\_\_.

Domicilio ciudad de origen: \_\_\_\_\_.

Teléfono: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_.

Qué tipo de beca va a solicitar: \_\_\_\_\_.

Cuenta con otra beca \_\_\_\_\_ cuál? \_\_\_\_\_.

**NO LLENAR**

Fecha y hora de entrevista: \_\_\_\_\_.

Persona que entrevista: \_\_\_\_\_.

Campus: COLON                       CAMPUS II

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA.**

**Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas.**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
CHIHUAHUA

**Comité de becas Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas.  
Presente.-**

A large rounded rectangular area containing horizontal lines for writing, intended for the student's name and signature.

Nombre y firma del alumno.

Nombre y firma de

Padre o tuto

ATENTAMENTE  
COMITÉ DE BECAS  
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMÉDICAS, UACH.

Página 2



HORARIO PARA SOLICITUD DE BECAS ALIMENTICIAS 2017

Nombre del estudiante:

\_\_\_\_\_.

Semestre: \_\_\_\_\_.

Grupo: \_\_\_\_\_.

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						
17:00-18:00						
18:00-19:00						
19:00-20:00						
20:00-21:00						