



FOTO

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						