



Reconsideración de Beca / Apoyo Financiero.

Departamento de Becas.

Sólo podrá ser llenada por el interesado personalmente.

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____
Nombre (s) / Apellido Paterno / Apellido Materno Matrícula: _____
Tel. fijo: _____ Celular: _____ Tel. otro: _____
Carrera Profesional: _____ Maestría: _____
Prepa: _____ Tetramestre que cursa actualmente: _____
Porcentaje de Beca / Apoyo actual: _____ Porcentaje de Beca / Apoyo anterior: _____
Materias reprobadas a la fecha: _____ Cuentas con horario actual: Sí No

Motivo de la reconsideración.

Motivo por el que se disminuyó la Beca/Apoyo financiero.

- No obtuve promedio No cumplí con el Servicio Becario
 Reprobé materias Otro: _____

Solicito al Comité de Becas sea reconsiderado el estatus de mi Beca y/o Apoyo.

- La solicitud de reconsideración es por motivo de una eventualidad o caso extraordinario justificado por lo cual, anexo documentación que acredita las razones por las que realizo la presente solicitud.
 La resolución del Comité de Becas es irrevocable.
 El resultado lo encontré en el Portal a partir de 7 días hábiles de esta fecha.

Firma del alumno de conformidad

Uso exclusivo del Área de Becas.

Periodo activo	<input type="text"/>	Total de materias cursadas	<input type="text"/>
Periodo inactivo	<input type="text"/>	Materias reprobadas	<input type="text"/>
Evaluación Servicio Becario	<input type="text"/>	Promedio obtenido	<input type="text"/>
Porcentajes anteriores	<input type="text"/>		

Observaciones: _____

Uso exclusivo del Comité de Becas.

Resolución de la solicitud de reconsideración: _____

Fecha: ____/____/____ Firma: _____