



**CENTRO DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO PARA
ASESORES HERBOLARIOS**

FECHA
(DIA /MES/AÑO)

/ /

1.- DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____

APELLEDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

DIRECCION: _____

CALLE Y NUMERO

COLONIA

CODIGO POSTAL

DELEGACION O MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

CURP _____

EDAD (AÑOS): _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

(DIA/MES/AÑO)

TELEFONO _____

CASA: _____

TELEFONO MOVIL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

(Es indispensable proporcionarlo correctamente)

-Motivos del por qué solicita la beca: _____

-Nombre del curso: _____

-Cursos tomados con anterioridad en la institución: _____

-Becas recibidas con anterioridad:

Beca otorgada por
promedio

Beca otorgada por
apoyo económico

PORCENTAJE DE BECA SOLICITADO SOBRE EL MONTO TOTAL DE LA COLEGIATURA

25 %

50%

75 %

100 %

5.- COMPROMISO

EL SOLICITANTE SE COMPROMETE A RESPETAR EL REGLAMENTO DE CONTROL ESCOLAR

SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

DIRECTOR

NOMBRE COMPLETO

FIRMA