



BECAS DE COMEDOR UNIVERSITARIO UNLP VIANDAS 2017

El presente formulario deberá ser completado en letra imprenta mayúscula y clara.

Datos personales del adulto responsable solicitante

Apellido: _____

Nombre: _____

Vínculo con el estudiante beneficiario: Padre Madre Tutor Otro: _____

Nº de documento: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono celular (incluir código de área sin el 15): _____

Teléfono fijo (incluir código de área): _____

Datos personales del estudiante

Apellido: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nº de documento: _____

Domicilio: _____

Situación académica del estudiante

Nivel: E.S.B. E.S.S. Año que cursa: _____

Contexto familiar

Cantidad total de personas que conviven con el estudiante: _____

Padre Madre Tío/a/s Hermano/a/s Abuelo/a/s Otros: _____

Aspectos laborales

Situación laboral:	Padre	Madre	Tutor/Otro
Obrero/a - Empleado/a en relación de dependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón/a con personas a cargo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monotributista o cuentapropista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajador/a precario/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ama de casa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jubilado/a - Pensionado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	<input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	<input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____
¿Percibe AUH*, plan social o pensión asistencial?	<input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	<input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	<input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____
* AUH: Asignación Universal por Hijo			
	Monto \$ _____	Monto \$ _____	Monto \$ _____

Promedio total de ingresos económicos mensuales del grupo familiar: \$ _____

Egresos económicos mensuales del grupo familiar

Vivienda: Propia Hipoteca/Crédito Alquilada Cedida Otros: _____

Gastos fijos:

Gas de red \$ _____

Luz \$ _____

Garrafa \$ _____

Agua \$ _____

Teléfono fijo \$ _____

Celular (total grupo familiar) \$ _____

Televisión por cable o satelital \$ _____

Internet \$ _____

Expensas \$ _____

Transporte: Transporte público \$ _____ Automóvil \$ _____

Otros gastos: _____

Salud

¿Tiene obra social? Sí No ¿Cuál?: _____

¿Ha obtenido becas por intermedio del Bachillerato de Bellas Artes en años anteriores?

Sí No ¿Cuál? (año y tipo de beca): _____

Comentarios: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE

El presente formulario reviste carácter de declaración jurada y para su posterior evaluación deberán ser completada la totalidad de los ítems.

Firma de padre/madre/tutor

Aclaración