

INSTITUTO PARA LA FORMACIÓN Y APROVECHAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS
SOLICITUD DE BECAS: IFARHU - SENACYT



AÑO _____

Escriba en Letra Imprenta

Fecha de entrega del Formulario _____

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
N° CÉDULA	SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN ACTUAL							
NACIONALIDAD	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO		CALLE o BARRIO		
CASA o APTO.	CORREO ELECTRONICO			TELÉFONO - RESIDENCIAL		TELÉFONO CELULAR	

NOMBRE y APELLIDO DEL PADRE	CÉDULA	LUGAR DE TRABAJO	OCUPACIÓN	TELÉFONO
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE	CEDULA	LUGAR DE TRABAJO	OCUPACIÓN	TELEFONO
NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA	CÉDULA	PARENTESCO	OCUPACIÓN	TELÉFONO

HOGAR PADRES: PRESENTES <input type="checkbox"/>	CUANTAS PERSONAS VIVEN EN EL HOGAR <input type="checkbox"/>	PERSONA DE QUIEN DEPENDE _____
UNO AUSENTE <input type="checkbox"/>		OCUPACIÓN _____
AMBOS AUSENTES <input type="checkbox"/>	CUANTAS PERSONAS TRABAJAN <input type="checkbox"/>	CÉDULA _____
OTRO <input type="checkbox"/>		

NUMERO DE HERMANOS QUE ESTUDIAN <input type="checkbox"/>	TIENE HERMANOS BECADOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RESIDENCIA ALQUILADA <input type="checkbox"/>	PROPIA <input type="checkbox"/>	HIPOTECA <input type="checkbox"/>	ALQUILER O HIPOTECA MENSUAL B/. _____
--	---	--	---------------------------------	-----------------------------------	--

MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

ALUMBRADO ELÉCTRICO <input type="checkbox"/>	AGUA POTABLE <input type="checkbox"/>	SERVICIO SANITARIO <input type="checkbox"/>	MATERIAL DE LA VIVIENDA CONCRETO <input type="checkbox"/>	TIPO DE VIVIENDA CASA <input type="checkbox"/>
OTRO TIPO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	LETRINA <input type="checkbox"/>	MADERA <input type="checkbox"/>	APARTAMENTO <input type="checkbox"/>
		OTRO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	CUARTO <input type="checkbox"/>
				CASA RURAL <input type="checkbox"/>

ESTUDIOS QUE CURSARÁ

CENTRO DE ESTUDIO	TÍTULO QUE OBTENDRÁ	PROMEDIO O INDICE
PROVINCIA / PAIS	DISTRITO / CIUDAD	CORREGIMIENTO
UBICACIÓN (CENTRO DE ESTUDIO)		DURACIÓN EN AÑOS
		GRADO / AÑO
		NIVEL
		PARTICULAR <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
FACULTAD	AÑO DE INGRESO	TIPO DE CENTRO EDUCATIVO
		MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA ASISTIR AL CENTRO EDUCATIVO

ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO CURSADO

CENTRO DE ESTUDIO	TÍTULO OBTENIDO
EMPRESA DONDE TRABAJA	CARGO QUE OCUPA
SALARIO B/.	AÑOS DE SERVICIO
PROVINCIA	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PRECEDE ES CORRECTA

FIRMA (ESTUDIANTE) _____ CÉDULA _____ FECHA _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

N° CÉDULA	REPRESENTANTE LEGAL	DURACIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE VENCIMIENTO
N° RESOLUCIÓN	FECHA DE RESOLUCIÓN	GRUPO INDÍGENA		
MONTO MENSUAL	MONTO TRIMESTRAL	MONTO ANUAL	MONTO TOTAL	SUCURSAL DE PAGO
TIPO DE TRABAJO (Erradicación del Trabajo Infantil)		TIPO DE DISCAPACIDAD		
SUBPROGRAMA		NIVEL	DIRECCIÓN PROVINCIAL, COMARCAL O AGENCIA REGIONAL	

RECIBIDO POR _____ VERIFICADO POR _____ REGISTRADO POR _____

* CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA EN LA SOLICITUD DE BECA Y ALTERACIÓN DE DOCUMENTO QUE EL ASPIRANTE DEBE REMITIR AL IFARHU, SERÁ CAUSAL DE DESCALIFICACIÓN O CANCELACIÓN INMEDIATA EN LA BECA SI ESTA SE HUBIERE ADJUDICADO.

* SI EL SOLICITANTE CUENTA CON ALGÚN TIPO DE AYUDA O BENEFICIO DE OTRA INSTITUCIÓN, ESTA SOLICITUD SERÁ DESCALIFICADA EN CASO TAL QUE SE HUBIERE ADJUDICADO.

N° 530