

## Solicitud de Beca Universitaria

### Datos del solicitante

Distrito: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Apodo: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F    
No. de Cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso a la Cooperativa: \_\_\_\_\_ Balance RD\$ \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Datos Personales de los Padres

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ No. De Cuenta: \_\_\_\_\_  
Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Balance RD\$: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ No. De cuenta: \_\_\_\_\_  
Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Balance RD\$: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### Otras informaciones

Tiene pariente directivo o empleado de la cooperativa Sí  No   
En caso de que Sí, indicar el nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Universidad donde desea estudiar: \_\_\_\_\_  
Carrera a cursar: \_\_\_\_\_

### Situación Laboral

¿Trabaja en la actualidad? Sí  No   
Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Tiempo laborando: \_\_\_\_\_ Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_  
Actividad principal de la empresa: \_\_\_\_\_

**Nota:** Si el estudiante becado baja su índice académico de 3.2 se le dará la oportunidad de recuperar el índice mínimo en el próximo ciclo o semestre, sino logra recuperar el índice mínimo exigido se le da de baja del Beneficio de la Beca, comprometiéndose sus padres o tutores a retornar a la Cooperativa el monto invertido en el semestre o ciclo de recuperación. En caso de que el becado abandone los estudios por decisión propia y sin justificación deberá retornar a la institución el monto invertido hasta la fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma Padre o Tutor

**Reconocemos que el beneficiario (a) y/o sus tutores cumplen con las promesas del Buen Socio, y conocen el Reglamento de Apoyo a la Educación y sus políticas.**

\_\_\_\_\_  
Presidente de Administración Distrital

\_\_\_\_\_  
Presidente de Vigilancia Distrital

**En los casos que aplique:**

\_\_\_\_\_  
Firma del Gerente

**Para ser llenado por el personal autorizado solamente**

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Calificación de socio: A  B

Verificación los requisitos: Sí  No

Revisado por: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_

“Se le recuerda al usuario de este documento que si no lo está consultando directamente de un espacio digital y oficial de la organización o no tiene la indicación de “Copia Controlada” podría estar consultando una versión desactualizada de este documento”.