



Cooperativa La Altagracia, Inc.

Solicitud de Beca Universitaria

Datos Personales

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: _____

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: _____

Tiene pariente directivo o empleado de la cooperativa Si No

En caso de que si indicar el nombre: _____

Parentesco: _____

Nombre de la universidad donde desea estudiar: _____

Carrera a cursar: _____

Situación Laboral

Trabaja en la actualidad? Si No

Nombre de la empresa _____ Teléfono () _____

Tiempo laborando _____ Puesto que ocupa _____

Actividad principal de la empresa _____

Firma de solicitante

Promesas de Buen Socio:
Ahorrar cada mes un mínimo de RD\$200.00 pesos, tomar préstamos necesarios y pagar puntualmente.

Presidente de Administración Distrital y/o Gerente

Presidente de Vigilancia Distrital

Certificamos 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

Para ser llenado por el personal autorizado solamente

Recibido por: _____ Fecha: _____

Calificación de socio A B

Verificación los requisitos Si No

Revisado por: _____

Autorizado por: _____