



## PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DE BECAS Y FINANCIAMIENTO EDUCATIVO

RECIBIÓ:	OBSERVACIONES:	FOLIO
REVISÓ:		
CAPTURÓ:		

### DATOS DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE DEL PLANTEL	CLAVE DEL PLANTEL	
SEMESTRE / CUATRIMESTRE A CURSAR	PROMEDIO INMEDIATO ANTERIOR	CARRERA

### DATOS GENERALES DEL(LA) SOLICITANTE

NOMBRE DEL ALUMNO(A)		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	CURP
AÑO MES DÍA	M F	
LUGAR DE NACIMIENTO	MUNICIPIO	
DOMICILIO ACTUAL (CALLE, NÚMERO, INT)	TELÉFONO CELULAR	
COLONIA, FRACCIONAMIENTO O LOCALIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	
NOMBRE DEL PADRE	OCUPACIÓN	SUELDO MENSUAL
NOMBRE DE LA MADRE	OCUPACIÓN	SUELDO MENSUAL
		INGRESO SOLICITANTE

### FIRMA

FIRMA DEL(LA) SOLICITANTE

Declaro haber leído las bases y lineamientos generales y certifico que la información colocada en la solicitud es verídica, en caso contrario acepto las causales de exclusión del proceso. Autorizo al Instituto de Educación de Aguascalientes para que los datos personales que se recaben con objeto del presente formato, puedan ser difundidos públicamente o transferidos a otras autoridades e instituciones educativas o no educativas que pertenezcan al sector público, exclusivamente para el ejercicio de sus atribuciones, con el fin de que sea posible dar trámite al procedimiento administrativo laboral instaurado a los trabajadores, validar la autenticidad de licencias médicas, y demás actividades relacionados con la prestación del servicio educativo. En estos casos, sólo deberán ser publicados los datos mínimos indispensables para la realización de la verificación de autenticidad del documento y de ninguna manera se difundirán datos sensibles.

### COMPROBANTE DE TRÁMITE

NOMBRE(S) DEL ALUMNO(A):	<p><b>Aguascalientes</b> Gente de trabajo y soluciones <i>El gigante de México</i> GOBIERNO DEL ESTADO 2022-2027</p> <p><b>BECA TUTORES PARA NIVELACIÓN ACADÉMICA</b> CICLO ESCOLAR 2022-2023</p>	FOLIO
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
NOMBRE DEL PLANTEL:		
		FECHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

**FICHA DE REGISTRO (TUTORES Y/O INCORPORADORES)**

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
D M A		
Fecha Nac.	Celular	Correo Electrónico
Calle	No.	Col. / Fracc. / Loc. / Com.
		Municipio

<b>Nivel de Estudios</b>	<b>Carrera/Profesión</b>	<b>Si eres ESTUDIANTE ¿dónde estudias?</b>
Bachillerato	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
Licenciatura		<b>Si eres PROFESIONISTA ¿dónde trabajas?</b>
Especialidad		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
Maestría		
Doctorado		

<b>¿Cómo te gustaría participar?</b> <small>(Puedes marcar una o varias opciones)</small>	<b>¿Dónde puedes colaborar?</b>	
<input type="checkbox"/> Incorporado <input type="checkbox"/> Tutor Individual Extraescola <input type="checkbox"/> Tutor Grupal Extraescolar <input type="checkbox"/> Tutor Individual Escolar <input type="checkbox"/> Tutor Grupal Escolar <input type="checkbox"/> Tutor en Línea <input type="checkbox"/> Seguimiento Técnico-Administrativo	<b>Municipio (s)</b>	<b>Comunidad (es) / Colonia (s) / Fraccionamiento (s)</b>
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px;"></div>
	<b>¿Qué días puedes apoyar?</b>	<b>¿En qué horario puedes apoyar?</b>
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>

Sugerencias / Comentarios / Dudas

Firma

PARA LLENADO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL DE LA ESTRATEGIA "LOS SUEÑOS SE CONSTRUYEN EN EL AULA"

Fecha de Ingreso

**Estatus de Participación**

Voluntario  
 Servicio Social  
 Prácticas Profesionales  
 Beca  
 Otro: (Especificar)

**Validación**

SISAAE asignado

Jorge Abraham Mejía Reyna  
 Coordinador Estatal  
 Estrategia "Los sueños se construyen en el aula"