



LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES EN FOLLETO ADJUNTO Y CUMPLIMENTE ESTE IMPRESO EN LETRA DE IMPRENTA

FASE

1. ESTUDIOS

PROVINCIA EN QUE RADICA EL CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2009/10 ZONA

A. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

NIF/NIE DEL/DE LA SOLICITANTE

SEXO (Marque con x lo que proceda)

HOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

MUJER

PROFESIÓN DEL/ DE LA SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA

CÓDIGO (Ver instrucciones)

¿ ES EXTRANJERO/A? SI NO

NACIONALIDAD

CÓDIGO PAÍS

TÉLFONO (con prefijo)

CORREO ELECTRÓNICO

TÉLFONO MÓVIL

¿Autoriza, en su caso, el recibo de notificaciones por SMS? SI NO

(para que esta autorización sea efectiva deberá cumplimentar esta misma información y firmar en la página 6)

B. DOMICILIO FAMILIAR (EN ESPAÑA)

TIPO DE VÍA (Ver instrucciones)

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO

ESCALERA

PISO

LETRA

PROVINCIA

MUNICIPIO

LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL

C. DATOS BANCARIOS: CUENTA O CARTILLA Y ENTIDAD donde desea percibir el importe de la beca:

Recuerde que deberá ser titular o cotitular de esta cuenta.

ENTIDAD

OFICINA

DÍGITOS CONTROL

CUENTA

D. DATOS ACADÉMICOS

DISFRUTÓ DE BECA EN EL CURSO 2008-2009 SI NO

CUANTÍA Euros

POSEE ALGÚN TÍTULO UNIVERSITARIO SI NO ESPECIFIQUE CUÁL

PARA MÁSTERES OFICIALES: ESTUDIOS PREVIOS QUE DAN ACCESO AL MÁSTER

CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2009-2010

DOMICILIO DEL CENTRO LOCALIDAD

ESTUDIOS QUE CURSARÁ EN 2009-2010 CURSO

MATRÍCULA: Oficial Libre

MATRÍCULA REDUCIDA POR DISCAPACIDAD SUPERIOR AL 65%: SI NO

MATRICULACIÓN PARCIAL: SI NO ESTUDIOS A EXTINGUIR SIN DOCENCIA PRESENCIAL: SI NO

FAMILIA O ESPECIALIDAD ¿REALIZA ESTUDIOS PRESENCIALES? SI NO

¿DISFRUTARÁ DE BECA SÉNECA EN 2009-2010?: SI NO ¿DISFRUTARÁ DE BECA DE MUFACE EN 2009-2010?: SI NO

DISTANCIA DEL DOMICILIO FAMILIAR AL CENTRO (SÓLO IDA).....KMS.

E. DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

TIPO DE CENTRO DEPENDENCIA DEL CENTRO TUVO BECA EN 2008-2009: SI NO

MÁSTERES OFICIALES: NOTA MEDIA EST. PREVIOS TIPO NOTA

NÚMERO DE CRÉDITOS MATRICULADOS: MATRÍCULA REDUCIDA POR DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 65%: SI NO

EST. PRESENCIALES: SI NO MATRICULA PARCIAL : SI NO

ESTUDIOS EN CENTROS PENITENCIARIOS: SI NO

CENTRO DE ESTUDIOS DENTRO DE POBLACIÓN DE MÁS DE 100.000 HAB. SI NO

CENTRO DE ESTUDIOS DENTRO DE POBLACIÓN DE MAS DE 500.000 HAB. SI NO

Nº de miembros computables Independiente:

Ingresos extranjero Euros céntimos

Nº MEDIOS TRANSPORTE URBANO

DESPLAZAMIENTO BARCO/AVIÓN

DEDUCCIONES

Familia numerosa Número de hermanos/as

Nº afectados/as minusvalía 33 % Grado de minusvalía solicitante:

Nº afectados/as minusvalía 65 %

Hermanos/as universitarios/as fuera del domicilio familiar

Orfandad absoluta

F. TIPO DE AYUDAS. A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

P. FIN DE CARRERA: 0 DESPLAZAMIENTOS: 2 3 4 5 TRANSPORTE URBANO: 7 RESIDENCIA: 8 SÓLO MATRÍCULA: 9 MGR: A MGSR: B

G. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 2008 (MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE RESIDEN EN EL MISMO DOMICILIO)

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO/A? (INDIQUE SI O NO)	N.I.F	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (1)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SITUACIÓN DE MINUSVALÍA (INDIQUE SI O NO)	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (2)
Solicitante	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Madre/TutorA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

(1) SITUACIÓN LABORAL, INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVO/A; D) DESEMPLEADO/A; I) INVALIDEZ; J) JUBILADO/A; M) AMA/O DE CASA.
 (2) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

A FIRMAR POR TODOS/AS LOS/AS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA FAMILIA

Los/as abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad, autorizando a las Administraciones Educativas para obtener los datos necesarios para determinar la renta y patrimonio familiar a efectos de beca a través de las Administraciones Tributarias y a través de la Dirección General del Catastro.

Firmas:
 Padre del/de la solicitante Madre del/de la solicitante Solicitante Otros miembros:



LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES EN FOLLETO ADJUNTO Y CUMPLIMENTE ESTE IMPRESO EN LETRA DE IMPRENTA

FASE

1. ESTUDIOS

PROVINCIA EN QUE RADICA EL CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2009/10 ZONA

A. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

NIF/NIE DEL/DE LA SOLICITANTE

SEXO (Marque con x lo que proceda)

HOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

MUJER

PROFESIÓN DEL/ DE LA SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA

CÓDIGO (Ver instrucciones)

¿ ES EXTRANJERO/A? SI NO

NACIONALIDAD

CÓDIGO PAÍS

TÉLFONO (con prefijo)

CORREO ELECTRÓNICO

TÉLFONO MÓVIL

¿Autoriza, en su caso, el recibo de notificaciones por SMS? SI NO

(para que esta autorización sea efectiva deberá cumplimentar esta misma información y firmar en la página 6)

B. DOMICILIO FAMILIAR (EN ESPAÑA)

TIPO DE VÍA (Ver instrucciones)

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO

ESCALERA

PISO

LETRA

PROVINCIA

MUNICIPIO

LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL

C. DATOS BANCARIOS: CUENTA O CARTILLA Y ENTIDAD donde desea percibir el importe de la beca:

Recuerde que deberá ser titular o cotitular de esta cuenta.

ENTIDAD

OFICINA

DÍGITOS CONTROL

CUENTA

D. DATOS ACADÉMICOS

DISFRUTÓ DE BECA EN EL CURSO 2008-2009 SI NO

CUANTÍA Euros

POSEE ALGÚN TÍTULO UNIVERSITARIO SI NO ESPECIFIQUE CUÁL

PARA MÁSTERES OFICIALES: ESTUDIOS PREVIOS QUE DAN ACCESO AL MÁSTER

CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2009-2010

DOMICILIO DEL CENTRO LOCALIDAD

ESTUDIOS QUE CURSARÁ EN 2009-2010

CURSO

MATRÍCULA: Oficial Libre

MATRÍCULA REDUCIDA POR DISCAPACIDAD SUPERIOR AL 65%: SI NO

MATRICULACIÓN PARCIAL: SI NO

ESTUDIOS A EXTINGUIR SIN DOCENCIA PRESENCIAL: SI NO

FAMILIA O ESPECIALIDAD ¿REALIZA ESTUDIOS PRESENCIALES? SI NO

¿DISFRUTARÁ DE BECA SÉNECA EN 2009-2010?: SI NO ¿DISFRUTARÁ DE BECA DE MUFACE EN 2009-2010?: SI NO

DISTANCIA DEL DOMICILIO FAMILIAR AL CENTRO (SÓLO IDA)KMS.

E. DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

TIPO DE CENTRO DEPENDENCIA DEL CENTRO TUVO BECA EN 2008-2009: SI NO

MÁSTERES OFICIALES: NOTA MEDIA EST. PREVIOS TIPO NOTA

NÚMERO DE CRÉDITOS MATRICULADOS: MATRÍCULA REDUCIDA POR DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 65%: SI NO

EST. PRESENCIALES: SI NO MATRICULA PARCIAL : SI NO

ESTUDIOS EN CENTROS PENITENCIARIOS: SI NO

CENTRO DE ESTUDIOS DENTRO DE POBLACIÓN DE MÁS DE 100.000 HAB. SI NO

CENTRO DE ESTUDIOS DENTRO DE POBLACIÓN DE MAS DE 500.000 HAB. SI NO

Nº de miembros computables Independiente:

Familia numerosa Número de hermanos/as

Ingresos extranjero Euros céntimos

Nº afectados/as minusvalía 33 % Grado de minusvalía solicitante:

Nº afectados/as minusvalía 65 %

Nº MEDIOS TRANSPORTE URBANO

Hermanos/as universitarios/as fuera del domicilio familiar

DESPLAZAMIENTO BARCO/AVIÓN

Orfandad absoluta

F. TIPO DE AYUDAS. A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

P. FIN DE CARRERA DESPLAZAMIENTOS TRANSPORTE URBANO RESIDENCIA SÓLO MATRÍCULA MGR MGSR

G. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 2008 (MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE RESIDEN EN EL MISMO DOMICILIO)

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO/A? (INDIQUE SI O NO)	N.I.F	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (1)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SITUACIÓN DE MINUSVALÍA (INDIQUE SI O NO)	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (2)
Solicitante	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Madre/TutorA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

(2) SITUACIÓN LABORAL, INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVO/A; D) DESEMPLEADO/A; I) INVALIDEZ; J) JUBILADO/A; M) AMA/O DE CASA.
 (2) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

A FIRMAR POR TODOS/AS LOS/AS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA FAMILIA

Los/as abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad, autorizando a las Administraciones Educativas para obtener los datos necesarios para determinar la renta y patrimonio familiar a efectos de beca a través de las Administraciones Tributarias y a través de la Dirección General del Catastro.

Firmas:
 Padre del/de la solicitante Madre del/de la solicitante Solicitante Otros miembros:

A CUMPLIMENTAR POR TODOS/AS LOS/LAS SOLICITANTES

D./ D^a..... padre, madre o tutor/a del/de la solicitante y el/la solicitante, en el caso de mayor de edad o estar emancipado/a, **DECLARAN BAJO RESPONSABILIDAD SOLIDARIA:**

- Que aceptan las bases de la convocatoria para la que solicita la ayuda.
- Que quedan enterados/as de que la inexactitud de las circunstancias declaradas dará lugar a la denegación o revocación de la beca o ayuda.
- Que tienen conocimiento de la incompatibilidad de estas ayudas y que en caso de obtener otra beca o ayuda procedente de cualquier Administración o entidad pública o privada deberá comunicarlo a la Administración educativa.

- Que algún miembro de la unidad familiar SI NO obtiene rentas en el extranjero (Indique con una X lo que proceda)

En caso afirmativo, consigne a continuación la cantidad en la moneda que corresponda, según el País en el que se han percibido, y justifique documentalmente :

- Que SI NO da su autorización para, en caso de que el órgano gestor lo estime oportuno, recibir notificaciones relacionadas con la solicitud de esta beca en el número de teléfono móvil indicado en la página 1. (Marque con una x la opción elegida)

- Que el solicitante SI NO constituye una unidad familiar independiente.

- Que ha disfrutado de beca en los siguientes cursos 2008/09 2007/08 2006/2007

....., a de de 2009

Firma del padre, madre o tutor/a

Firma del/de la solicitante
(Si es mayor de edad)

DATOS ACADÉMICOS DEL CURSO 2008-2009 O ÚLTIMO CURSO REALIZADO. A CUMPLIMENTAR POR TODOS/AS LOS/AS SOLICITANTES OBLIGATORIAMENTE

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA ALUMNO/A
ESTUDIOS REALIZADOS EN 2008-2009
FAMILIA O ESPECIALIDAD
CENTRO LOCALIDAD
En caso de no haber realizado estudios en el año 2008-2009 indique los estudios realizados en el último año cursado año
Especificar la causa por la que no se cursaron estudios en 2008-2009

DATOS ACADÉMICOS REFERIDOS A CURSOS ANTERIORES

A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO, ÚNICAMENTE PARA QUIENES CURSEN SEGUNDOS Y POSTERIORES CURSOS, Y PARA ALUMNOS QUE REALICEN PRIMER CURSO DE MÁSTERES OFICIALES (PODRÁ OPTAR POR EMITIR UNA CERTIFICACIÓN QUE CONTenga ESTA MISMA INFORMACIÓN)

Don/Dña.
Secretario/a del Centro docente

CERTIFICO: Que Don/Dña.
Durante el curso académico 2008/09, **ESTUVO MATRICULADO/A** del CURSO (especificar PRIMERO, SEGUNDO, ETC.) de los estudios (denominación):
que se imparten en este Centro,
PARA ALUMNOS QUE VAYAN A REALIZAR PRIMER CURSO MÁSTERES OFICIALES: NOTA MEDIA DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS QUE DAN ACCESO AL MÁSTER.
PARA SEGUNDOS Y POSTERIORES CURSOS DE GRADO O ESTUDIOS DE PRIMER Y SEGUNDO CICLO:
Número de créditos/asignaturas matriculados en el curso 2008/09 (indíquese en cifra el número total)
Número de créditos/asignaturas superados en el curso 2008/09: (indicar número), lo que supone el% sobre el total matriculado

SELLO DEL CENTRO a de de 2009

(firma)

DATOS ACADÉMICOS REFERIDOS AL CURSO 2009-2010, PARA EL QUE SOLICITA LA BECA A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO, QUE PODRÁ OPTAR POR EMITIR UNA CERTIFICACIÓN QUE CONTenga ESTA MISMA INFORMACIÓN

D./Dña. SECRETARIO/A DEL
CENTRODOCENTE CÓDIGO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TIPO DE CENTRO UNIVERSITARIO

PÚBLICO 6 PRIVADO 7 ADSCRITO PRIVADO 8 ADSCRITO ENTE PÚBLICO 9

CERTIFICO QUE EL/LA ALUMNO/A :
Se encuentra matriculado/a en el curso 2009-2010 en los estudios de (de nominación):
FAMILIA O ESPECIALIDAD CURSO,
que se imparte en este Centro, en los siguientes créditos/asignaturas:
..... (Indicar número)

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LA MATRÍCULA:

OFICIAL LIBRE SÓLO CURSO COMPLETO INDIQUE EL CURSO

Nº DE ASIGNATURAS/CRÉDITOS ANUALES Nº DE ASIGNATURAS/CRÉDITOS SEMESTRALES

Nº DE ASIGNATURAS/CRÉDITOS CUATRIMESTRALES

MATRÍCULA PARCIAL:

MATRÍCULA REDUCIDA POR DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 65%: SI NO

SELLO DEL CENTRO a de de 2009
(firma)