

SOLICITUD DE APOYO BECA DEL PROGRAMA DE SUPERACIÓN ACADÉMICA  
(BOLETIN 13/2017)

|  |                                      |  |  |   |
|--|--------------------------------------|--|--|---|
| <b>NIVEL ACADÉMICO QUE CURSA ACTUALMENTE</b> |                                      |  |  |   |
| ESPECIAL<br><input type="checkbox"/>         | PRIMARIA<br><input type="checkbox"/> | SECUNDARIA<br><input type="checkbox"/> | PREPARATORIA<br><input type="checkbox"/> | UNIVERSIDAD<br><input type="checkbox"/> |

REGIÓN:

DELEGACIÓN ó C.T.:

**I.- DATOS DEL SOCIO**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ NÚM. PENSIÓN: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre (s)

DOMICILIO PARTICULAR: CALLE: \_\_\_\_\_ NÚM: \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

**II.- DATOS DEL ESTUDIANTE**

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre (s)

GRADO QUE CURSA ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_ CALIFICACIÓN ÚLTIMO PERIODO O CICLO CURSADO: \_\_\_\_\_

**ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA CUENTA CON ESTE APOYO DE BECA**                       SI                       NO

**SOLAMENTE SE OTORGA UN BENEFICIO POR SOCIO Y ES DE CARÁCTER PERSONAL E INTRANSFERIBLE**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOCIO

\_\_\_\_\_  
PROFR. JAVIER GUILLERMO MARTÍNEZ SIQUEIROS  
COORDINADOR DEL PROGRAMA

Sello Recepción  
SECRETARÍA DE ORGANIZACIÓN

**III.- COBERTURA DE ATENCIÓN, MONTOS ANUALES, POLITICAS DE OTORGAMIENTO, REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN, PROCESO DE SELECCIÓN, CAUSALES DE CANCELACIÓN DE TRÁMITE.**

LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA DEL BOLETÍN 13/2017.

**IV.- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

- SOLICITUD DE APOYO BOLETÍN 13/2017 DEBIDAMENTE REQUISITADA.
- COPIA DE BOLETA DE CALIFICACIONES.
  - PRIMARIA Y SECUNDARIA (CICLO ESCOLAR 2016-2017).
  - PREPARATORIA Y UNIVERSIDAD (ÚLTIMO PERIODO COMPLETO CURSADO *semestre, cuatrimestre, etc.*).
- COPIA ACTA NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE.
- COPIA HOJA DE SERVICIO ESTATAL DEL SOCIO QUE ESPECIFIQUE ANTIGÜEDAD (*en caso de personal activo*).
- COPIA VALORACIÓN MÉDICA O CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL (*en caso de educación especial*).
- COPIA DE FORMATO BANCARIO A NOMBRE DEL SOCIO SOLICITANTE, EL CUAL INDIQUE: CLABE INTERBANCARIA (18 DIGITOS), NOMBRE DEL CUENTAHABIENTE Y NOMBRE LA INSTITUCIÓN BANCARIA.

**V.- PERIODO DE REGISTRO Y LUGARES DE ENTREGA DE SOLICITUDES**

EN LAS OFICINAS DE LA SECRETARÍA DE ORGANIZACIÓN DE SU REGIÓN, A MÁS TARDAR EL 31 DE OCTUBRE DE 2017.

**VI.- PUBLICACIÓN DE RESULTADOS.**

LOS RESULTADOS SE EMITIRÁN EL 19 DE ENERO DE 2018, A TRAVÉS DE LAS PÁGINAS WEB [www.cmapsnte54.com.mx](http://www.cmapsnte54.com.mx) y [www.snte.org.mx/seccion54/](http://www.snte.org.mx/seccion54/).