



BECA AL MÉRITO ESTUDIANTIL Art. 8 Ord. 1535/17

MAIPÚ,.....2022

DATOS EL BENEFICIARIO	
NOMBRE Y APELLIDO:	
DOCUMENTO (TIPO Y N°):	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
DOMICILIO:	
TELÉFONO: Línea	Celular
MAIL:	
CUIT - CUIL:	

ESTUDIOS SECUNDARIOS CURSADOS:	
ESTABLECIMIENTO DEL QUE EGRESÓ:	
TÍTULO OBTENIDO:	
AÑO DE EGRESO:	PROMEDIO OBTENIDO:

CARRERA EN LA QUE SE INSCRIBE:	
UNIVERSITARIA:	TERCIARIA:
ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE:	
LUGAR:	DURACIÓN DE LA CARRERA:

DATOS DEL RESPONSABLE DEL ALUMNO:		
APELLIDO Y NOMBRE:		
PADRE:	MADRE:	TUTOR: (Especificar vínculo)
DOCUMENTO (TIPO Y N°):	EDAD:	
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	
TELÉFONO: Línea	Celular	
MAIL:		
CUIT- CUIL:		

DECRETO DEL HCD POR EL QUE FUE OTORGADO EL RECONOCIMIENTO AL MÉRITO ESTUDIANTIL N° :	DE FECHA:
--	-----------



Municipio MAIPÚ BECA ECONÓMICA 2022

MAIPÚ,.....2020

DATOS EL BENEFICIARIO	
NOMBRE Y APELLIDO:	
DOCUMENTO (TIPO Y N°):	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
DOMICILIO:	
TELÉFONO: Línea	Celular
MAIL:	
CUIT - CUIL:	

ESTUDIOS SECUNDARIOS CURSADOS	
ESTABLECIMIENTO DEL QUE EGRESÓ:	
TÍTULO OBTENIDO:	
AÑO DE EGRESO:	ADEUDA MATERIAS:

CARRERA EN LA QUE SE INSCRIBE:	
UNIVERSITARIA:	TERCIARIA:
ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE:	
LUGAR:	DURACIÓN DE LA CARRERA:

EN CASO DE ESTAR CURSANDO LA CARRERA	
UNIVERSITARIA:	TERCIARIA:
CARRERA:	AÑO EN CURSO:
ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE:	
LUGAR:	DURACIÓN DE LA CARRERA:
CANTIDAD DE MATERIAS APROBADAS:	

EN CASO DE QUE LA CARRERA ELEGIDA SEA MEDICINA		
ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE:		
PÚBLICA:	PRIVADA:	LUGAR:
FECHA DE INSCRIPCIÓN:	AÑO EN CURSO:	
CANTIDAD DE MATERIAS APROBADAS:		

EN CASO DE QUE HAYA SIDO BENEFICIARIO DE LA BECA ESTUDIANTIL MUNICIPAL	
CUANTOS AÑOS HA SIDO BECADO:	
CANTIDAD DE BECADOS EN EL GRUPO FAMILIAR:	

DATOS DEL RESPONSABLE DEL ALUMNO: (Completar solo en caso de ser menor de 21 años)		
APELLIDO Y NOMBRE:		
PADRE:	MADRE:	TUTOR: (Especificar vínculo)
DOCUMENTO (TIPO Y N°):		EDAD:
DOMICILIO:		LOCALIDAD:
TELÉFONO: Línea		Celular
MAIL:		
CUIT- CUIL:		

CANTIDAD DE PERSONAS QUE COMPONEN EL GRUPO FAMILIAR (Especificar Vínculo)

MOTIVO DE SOLICITUD DE BECA:

SOLICITUD DE BECA DE RESIDENCIA 2022



RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO EN MAR DEL PLATA

HOTEL REINA'S

MAIPÚ,.....2020

DATOS EL BENEFICIARIO	
NOMBRE Y APELLIDO:	
DOCUMENTO (TIPO Y N°):	
FECHA DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO:	
TELÉFONO: Línea	Celular
MAIL:	
CUIT - CUIL:	

ESTUDIOS SECUNDARIOS CURSADOS	
ESTABLECIMIENTO DEL QUE EGRESÓ:	
TÍTULO OBTENIDO:	
AÑO DE EGRESO:	ADEUDA MATERIAS:

CARRERA EN LA QUE SE INSCRIBE:	
UNIVERSITARIA:	TERCIARIA:
ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE:	
LUGAR:	DURACIÓN DE LA CARRERA:

EN CASO DE ESTAR CURSANDO LA CARRERA	
UNIVERSITARIA:	TERCIARIA:
CARRERA:	AÑO EN CURSO:
ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE:	
LUGAR:	DURACIÓN DE LA CARRERA:
CANTIDAD DE MATERIAS APROBADAS:	

EN CASO DE QUE HAYA SIDO BENEFICIARIO DE LA BECA DE RESIDENCIA	
CUANTOS AÑOS SE ENCUENTRA EN LA RESIDENCIA:	
CANTIDAD DE BECADOS EN EL GRUPO FAMILIAR:	

DATOS DEL RESPONSABLE DEL ALUMNO:		
APELLIDO Y NOMBRE:		
PADRE:	MADRE:	TUTOR:(Especificar vínculo)
DOCUMENTO (Tipo y N°):		EDAD:
DOMICILIO:		LOCALIDAD:
TELÉFONO: Línea		Celular
MAIL:		
CUIT- CUIL:		

EN CASO DE QUE LA CARRERA ELEGIDA SEA MEDICINA		
ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE:		
PÚBLICA:	PRIVADA:	LUGAR:
FECHA DE INSCRIPCIÓN:		AÑO EN CURSO:
CANTIDAD DE MATERIAS APROBADAS:		

CANTIDAD DE PERSONAS QUE COMPONEN EL GRUPO FAMILIAR (Especificar vínculo):

MOTIVO DE SOLICITUD DE BECA:



Municipio MAIPÚ

BECA SALUD 2022

MAIPÚ,.....2020

DATOS EL BENEFICIARIO	
NOMBRE Y APELLIDO:	
DOCUMENTO (TIPO Y N°):	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
DOMICILIO:	
TELÉFONO: Línea	Celular
MAIL:	
CUIT - CUIL:	

ESTUDIOS SECUNDARIOS CURSADOS	
ESTABLECIMIENTO DEL QUE EGRESÓ:	
TÍTULO OBTENIDO:	
AÑO DE EGRESO:	ADEUDA MATERIAS:

CARRERA EN LA QUE SE INSCRIBE:	
UNIVERSITARIA:	TERCIARIA:
ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE:	
LUGAR:	DURACIÓN DE LA CARRERA:

EN CASO DE ESTAR CURSANDO LA CARRERA	
UNIVERSITARIA:	TERCIARIA:
CARRERA:	AÑO EN CURSO:
ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE:	
LUGAR:	DURACIÓN DE LA CARRERA:
CANTIDAD DE MATERIAS APROBADAS:	

EN CASO DE QUE LA CARRERA ELEGIDA SEA MEDICINA		
ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE:		
PÚBLICA:	PRIVADA:	LUGAR:
FECHA DE INSCRIPCIÓN:	AÑO EN CURSO:	
CANTIDAD DE MATERIAS APROBADAS:		

EN CASO DE QUE HAYA SIDO BENEFICIARIO DE LA BECA	
CUANTOS AÑOS HA SIDO BECADO:	
CANTIDAD DE BECADOS EN EL GRUPO FAMILIAR:	

DATOS DEL RESPONSABLE DEL ALUMNO: (Completar solo en caso		
APELLIDO Y NOMBRE:		
PADRE:	MADRE:	TUTOR: (Especificar vínculo)

DOCUMENTO (TIPO Y N°):	EDAD:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:
TELÉFONO: Línea	Celular
MAIL:	
CUIT- CUIL:	

CANTIDAD DE PERSONAS QUE COMPONEN EL GRUPO FAMILIAR

MOTIVO DE SOLICITUD DE BECA:

