

BECAS UADER – CONVOCATORIA 2017

DECLARACIÓN JURADA: TODA LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER VERDADERA Y EN CASO DE FALSEAR ALGÚN DATO EL ESTUDIANTE SERÁ PRIVADO DEL BENEFICIO E INHABILITADO PARA PERCIBIRLO EN ADELANTE.

Ingresante	
Renovante	
Nuevo	
Condicional	

Documentación a Presentar:

- Fotocopia de DNI o Pasaporte	
- Certificación Negativa ANSES de los integrantes del grupo familiar mayores de 18 años y solicitante	
- Ingresos de cada uno de los integrantes del grupo familiar: a) Empleados Activos o Jubilados: Últimos tres recibos de sueldo. b) Autónomos y Monotributistas: Comprobante de AFIP/pago monotributo. c) Trabajadores Informales: Declaración jurada especificando actividad laboral e ingresos mensuales.	
- Certificado de Discapacidad	
- Certificado Médico de enfermedades crónicas graves, discapacidades.	
- Fotocopia de Recibo de Alquiler y Pasajes de transporte (media distancia).	

Documentación Anexa Ingresantes:

- Constancia de inscripción a la Universidad	
- Título Secundario Certificado de finalización con promedio general	

Documentación Anexa Nuevos (estudiantes avanzados) y Renovantes

- Constancia de alumno regular.	
- Análisis de materias aprobadas.	

_____ Fecha de Recepción: ____/____/____
Nombre de quien recibe el formulario

_____ Firma del estudiante

_____ Aclaración

Constancia para el estudiante

Documentación Completa: SI - NO Fecha de Recepción: ____/____/____

_____ Nombre de quien Recibe el formulario

_____ Firma del Estudiante

1.7 –Estado patrimonial del grupo familiar (encerrar con un círculo lo que corresponda)

Vivienda del Grupo Familiar

Propietario: SI - NO	Alquila: SI - NO	Monto \$.....
Prestada: SI - NO	Otros Especifique:	

Bienes

Posee campos: SI - NO	Superficie:..... Has.	Actividad:
Posee terrenos: SI - NO	Cuántos.....	
Posee automotores: SI - NO	Cuántos.....	
Posee motocicletas: SI - NO	Cuántos.....	

1.8 – Consideraciones particulares

Detalle de las enfermedades que afectan al estudiante y a los miembros del grupo familiar (presentación de los certificados médicos correspondientes, diagnóstico y medicación).

Parentesco	Enfermedad	Produce incapacidad

Consigne los motivos por los cuales necesitaría obtener la beca _____

El/La que suscribe _____;
DNI: _____ declara bajo juramento que los datos
consignados en este formulario son correctos y completos, sin omitir ni
falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

FIRMA _____