

**SINDICATO DE PROFESORES DEL COLEGIO DE  
BACHILLERES DE BAJA CALIFORNIA**



**SOLICITUD DE BECA**

**DATOS PERSONALES**

Apellido Paterno	Materno	Nombre(s)	Número de Empleado
Domicilio		Colonia	Código Postal
Ciudad	Teléfono ( )	Celular ( )	
Correo Electrónico		Otro Teléfono o Correo Electrónico	

**PLANTEL DE ADSCRIPCIÓN Y ANTIGÜEDAD**

Plantel	Fecha de Ingreso
Materias que Imparte	

**INSTITUCIÓN QUE IMPARTE EL CURSO**

Nombre	Maestría <input type="checkbox"/> Si	Doctorado <input type="checkbox"/> Si
Nombre del Curso		
Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Duración

**DOCUMENTOS ANEXOS**

Anexa Triptico Promocional del Postgrado <input type="checkbox"/> Si	Mapa Curricular <input type="checkbox"/> Si	Recibo de pago <input type="checkbox"/> Si
Por mes <input type="checkbox"/> Si	Por cuatrimestre <input type="checkbox"/> Si	Por semestre <input type="checkbox"/> Si
	Por año <input type="checkbox"/> Si	Total <input type="checkbox"/> Si
Observaciones:		

**FECHA Y FIRMA**

<p>_____, Baja California. A ____ de _____ de 201__</p> <p>_____ NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESOR(A)</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--