



CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y
EDUCACIÓN CONTINUA EN ODONTOLOGÍA

FORMATO DE SOLICITUD DE BECA

FOTOGRAFÍA

AVISO DE PRIVACIDAD

El Centro de Estudios de Posgrado y Educación Continua en Odontología, con domicilio en Teniente Alemán #254, Colonia Chapultepec Sur, Morelia Michoacán, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.

Su información personal será utilizada para proveer los servicios que ha solicitado, informarle sobre cambios en los mismos y para control interno de la Institución. Para las finalidades antes mencionadas, requerimos obtener los siguientes datos personales a continuación solicitados, considerado como sensible según la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Nombre del solicitante

Paterno

Materno

Nombre

Universidad O Escuela De Procedencia _____

Promedio general de licenciatura _____

Especialidad _____

Ciclo escolar _____

Tipo de beca _____

Porcentaje de beca _____

Yo, _____ entiendo y acepto que, en caso que la beca sea otorgada, adquiero el compromiso de mantener un promedio general de OCHO PUNTO CINCO (8.5), o de lo contrario será derogado el beneficio a beca.

De igual manera cualquier falta al reglamento general de la Institución o cualquier cuestión que las autoridades académicas consideren pertinentes, pueden ser motivo de anulación de beca.

FIRMA DEL ALUMNO

NOTA: El participante aceptado que no proporcione alguno de los documentos requeridos y/o su pago respectivo en el plazo establecido, queda enterado que se le podrá dar de baja sin responsabilidad de la Institución.