

FORMULARIO DE POSTULACIÓN BECA DEPORTIVA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Fecha Postulación

Día

Mes

Nombre Entrevistador/a

Año

Fotografía Estudiante

Identificación del/la Estudiante:				
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombres	
Carrera	Nº Matrícula		Correo Electrónico	
Fecha Día Mes Año	Teléfono Fijo Teléfono Celular		Promedio Notas EM Puntaje Ponderado PSU	
Nombre Establecimiento Egreso E.I	M. Comuna	Región	Tipo de Est	ablecimiento
Disciplina Deportiva por la que po	stula a Beca (Marque con una x solo	1 alternativa):		
*Atletismo*Básquetbol _HándbolRugby Varone (* Deportes competitivos prioritarios	*Fútbol*VóleibolGimnasia ArtísticaGimnasia Rítmica Dar sTaekwondoTenis VaronesTenis de MesaNatación 2017 Campus Concepción)			
	2017 Campus Contesperon)			
Campus al que postula (Marque co				
Campus al que postula (Marque co ConcepciónChil	on una x):			
Campus al que postula (Marque coConcepciónChil Antecedentes de Salud del/la Estuc Enfermedad	on una x): lánLos Ángeles		Gasto Promedio	Medicamentos Permanentes
ConcepciónChil Antecedentes de Salud del/la Estud Enfermedad	on una x): lánLos Ángeles liante:		Gasto Promedio Mensual	Medicamentos Permanentes
ConcepciónChil Antecedentes de Salud del/la Estud Enfermedad Crónica /de mediana gravedad	on una x): lánLos Ángeles liante:			
ConcepciónChil	on una x): lánLos Ángeles liante:			
ConcepciónChil Antecedentes de Salud del/la Estud Enfermedad Crónica /de mediana gravedad Catastrófica Antecedentes Sociofamiliares: Número total de integrantes del Grup	on una x): lánLos Ángeles liante: Diagnóstico Do Familiar :		Mensual	Permanentes
Antecedentes de Salud del/la Estud Enfermedad Crónica /de mediana gravedad Catastrófica Antecedentes Sociofamiliares: Número total de integrantes del Grup Jefe/a de Hogar	on una x): lánLos Ángeles liante: Diagnóstico Do Familiar : : Padre Madre	Otro/a Familiar _	Mensual	Permanentes
ConcepciónChil Antecedentes de Salud del/la Estud Enfermedad Crónica /de mediana gravedad Catastrófica Antecedentes Sociofamiliares: Número total de integrantes del Grup Jefe/a de Hogar Número de hermanos en Educación S	on una x): lánLos Ángeles liante: Diagnóstico Diagnóstico Padre Madre Superior :		Mensual Otro/a no	Permanentes familiar
Antecedentes de Salud del/la Estud Enfermedad Crónica /de mediana gravedad Catastrófica Antecedentes Sociofamiliares: Número total de integrantes del Grup Jefe/a de Hogar Número de hermanos en Educación S Relación del padre y Madre	Diagnóstico Diagnóstico Diagnóstico Padre Madre	os Divorciad	Mensual Otro/a no os Conviviente:	familiar
ConcepciónChil Antecedentes de Salud del/la Estud Enfermedad Crónica /de mediana gravedad Catastrófica	on una x): lánLos Ángeles liante: Diagnóstico Diagnóstico Padre Madre Superior :	os Divorciad n la Madre C	Mensual Otro/a no os Convivientes on el Padre Otro	familiar



FORMULARIO DE POSTULACIÓN BECA DEPORTIVA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Breve Reseña autobiográfica (historia personal y/o familiar, antecedentes y/o logros deportivos, metas y/o anhelos, orientación profesional, entre otros)
Nombre y Firma del/la estudiante Postulante :

Nota: Para completar la postulación a esta Beca, debe presentar currículum deportivo, certificados de respaldo de antecedentes deportivos, comprobante de matrícula y certificado de salud compatible.