UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO DE CIENCIAS AGRÍCOLAS

**SOLICITUD DE BECA COMPENSACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre**: |  |
| **Matrícula**: |  | **Carrera**:  |  |
| **Semestre**: |  | **Promedio de calificaciones:** |  |
| **Área o Laboratorio:** |  |
| **Encargado**: |  |
| **¿Ya tienes una Beca?** | **Si** | □ | **Si tu respuesta es sí, ¿Cuál Beca?** | **Manutención** | □ |
| **No** | □ | **Investigación** | □ |
| **Vinculación** | □ |

FIRMA DEL ALUMNO