**SOLICITUD BECAS AÑO 2025**

**PAZ Y BIEN**

SALTA,…………………….………………DE 2025

**COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARENTESCO - TUTOR** | **APELLIDO Y NOMBRE** | **EDAD** | **DNI** | **INGRESO MENSUAL** | **TRABAJO - OCUPACION** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ESTUDIANTE PARA EL/LA CUAL SOLICITA LA BECA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO Y NOMBRE** | **DNI** | **GRADO/CURSO** | **TUVO BECA ANTERIOR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR SIN EXCEPCIÓN HASTA EL DIA 15/04/2025.**

**VIA EMAIL A becastommasinisanfrancisco@gmail.com**

* Nota dirigida a Representante Legal – Prof. Leonardo Palazzo.
* Fotocopia de la libreta de calificaciones del año lectivo anterior. (Registro de proceso).
* Adjuntar recibo de sueldo de los tutores, certificación negativa de ANSES o SUAF de corresponder de los tutores, oficio de tenencia o reclamo de alimentos de una parte, percepción de planes de ayudar del gobierno o similar.
* En caso de independientes con actividad registrada, presentar constancia de inscripción en ARCA, ultimas 6 (seis) posiciones de DGR y certificación contable de ingresos.
* Aquellas familias en las que los tutores o miembros se encuentren sin trabajo, transitando enfermedades crónicas o graves, deberán acreditar dicha circunstancia con historial médico.

**El otorgamiento de becas será a partir de la cuota del mes de mayo/25, por tanto es requisito tener abonadas las cuotas del mes de marzo/25 y abril/25. En ningún caso superaran al 75% del valor de la cuota mensual.**

**Los datos consignados en la presente tienen carácter de Declaración Jurada, asumiendo la responsabilidad ética y jurídica correspondiente.**

**La sola presentación de la solicitud de beca no implica el otorgamiento de la misma.**

FIRMA ACLARACION DNI