



Concurso asistente horas
() Asistente () Estudiante

Fecha: _____

Nombre Completo: _____

Carné: _____ Cédula: _____

Correo electrónico: _____

Teléfonos: _____

Cantidad de créditos matriculados: _____ Ciclo: _____

Carrera: _____

Promedio ponderado anual: _____ Nivel de carrera: _____

Indique la asistencia para la cual concursa: _____

Solicitó o solicitará beca de estímulo en la Oficina de Becas: () Si () No

Posee horas en otra Escuela o Sección: () Si () No

En caso de ser positiva su respuesta anterior por favor indique la Escuela o Sección y el tipo de horas que posee: _____

Por este medio hago constar que la información anterior es correcta y completa en todo sus extremos, por lo que cualquier dato falso y/u omisión faculta a la Universidad de Costa Rica para suspender o anular la designación que pueda tener vigente. Asimismo, me comprometo a hacer la devolución de cualquier suma de dinero que haya recibido como ayuda económica producto de esta designación incumpliendo con los términos establecidos.

Firma del estudiante

Fecha

Para uso exclusivo de la Secretaría

Documentación completa: () Si () No

Cumple con los requisitos: () Si () No