



**SOLICITUD DE
DE BECA PARA ESTUDIANTADO
COLABORADOR**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIAL HACIA
ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD/NEAE

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: D.N.I., N.I.E o pasaporte:
Correo Electrónico: Domicilio:
Nº: Piso: Letra: Población:
Código Postal: Provincia: País: Teléfono1: Teléfono2:

DATOS DE LA PERSONA ESTUDIANTE CON DISCAPACIDAD / NEAE A LA QUE PRESTA EL APOYO

Nombre y apellidos:
DNI, N.I.E o Pasaporte:

DATOS ACADÉMICOS

Titulación:
Curso y grupo:

TIPO DE BECA QUE SOLICITA

Beca económica

RELACIÓN DE ASIGNATURAS EN LAS QUE VA A PRESTAR EL APOYO (incluir todas las asignaturas del 1º y 2º cuatrimestre en las que se va a prestar el apoyo)

| Primer Cuatrimestre | Segundo Cuatrimestre |
|---------------------|----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

DATOS BANCARIOS

IBAN Entidad Oficina D.C. N° de Cuenta