**ANEXO 7. Registro de becas del programa académico**

*ESTADO, DÍA, MES, AÑO*

**DRA / DR**

**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA**

**FACULTAD DE MEDICINA, UAQ.**

P R E S E N T E

Por medio de la presente, hago constar el REGISTRO DE BECAS que serán ofertadas en el programa académico titulado “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” que se realizará del \_\_\_ al \_\_\_\_\_ del 2022.

Número de becas totales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de becas con un descuento del 100%: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de becas con un descuento del 75%: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de becas con un descuesto del 50%: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de becas con un descuesto del 25%: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los requisitos para ser beneficiario de una beca son: (*POR FAVOR ENLISTE LOS REQUISITOS QUE DEBERÁN COMPLIR LOS ASISTENTES PARA SER BENEFICIARIOS DE UNA BECA, elimine esta leyenda al final de la edición del documento).*

Por último, me comprometo a entregar una relación con los datos de contacto (nombre completo, teléfono y correo electrónico de los becarios.

Quedo de usted.

A t e n t a m e n t e

Nombre y firma del PROFESOR TITULAR

Teléfono y celular

Correo electrónico