

PARA USO DEL COMITÉ

RECOMENDACIONES:

PARA LA JUNTA DE DIRECTORES

APROBADA

DENEGADA

FIRMA PRESIDENTA JUNTA

FIRMA PRESIDENTA COMITE EDUCATIVO



ELECTRO-COOP

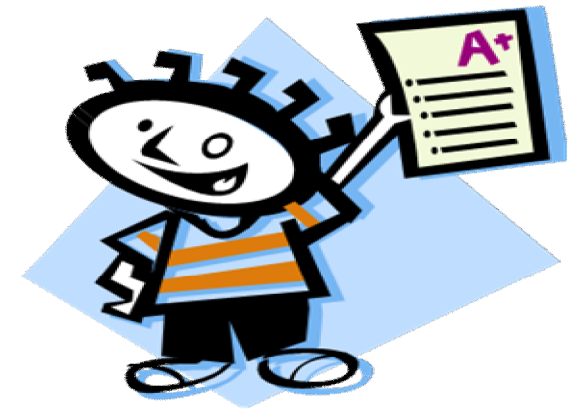
AVE. CONDADO CONDOMINIO
SAN ALBERTO 605 STE 307
SAN JUAN PR 00907-3811

LA ALTERNATIVA A TU CARGA FINANCIERA!!!

Teléfono: 787-725-3333 / 3347
Fax: 787-725-0111
Correo: electrocoop@gmail.com



**BECAS
ESTUDIANTILES**



**COOPERATIVA DE
AHORRO Y CRÉDITO
ELECTRO-COOP**

Requisitos

- Ser hijo legal del socio o su tutor debidamente certificado por el Tribunal.
- Tener la solicitud debidamente cumplimentada y con los documentos requeridos.
- Tener un índice académico no menor de 3.00 puntos.
- Tener carta de aceptación de la entidad educativa en la cual va a estudiar.
- No tener registro de becas otorgada por la Cooperativa.
- Acompañar record estudiantil certificado por la institución que procede.
- Presentar una copia del programa de matrícula de la institución en la cual va a estudiar.
- Dos cartas de recomendación de SUS maestros .

Teléfono: 787-725-3333 / 3347
Fax: 787-725-0111
Correo: electrocoop@gmail.com

SOLICITUD DE BECA

| INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE | | INFORMACIÓN ADICIONAL | |
|---|--------------------------------|---------------------------|------------------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE: | | NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: | |
| SEXO: _____ F _____ M | | NUMERO DE SOCIO: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | DIRECCIÓN RESIDENCIAL: | |
| EDAD: | | DIRECCIÓN POSTAL: | |
| OCUPACIÓN: | | LUGAR DE TRABAJO: | |
| DIRECCIÓN POSTAL: | | OCUPACIÓN: | INGRESO MENSUAL: |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: | | TEL. HOGAR O CELULAR: | TEL. TRABAJO: |
| TEL. DE LA ESCUELA: | ÍNDICE ACADÉMICO AL GRADUARSE: | | |
| NOMBRE DE LA MAESTRA SALÓN HOGAR: | | NOMBRE DE LA MADRE: | |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA UNIVERSIDAD O INSTITUCIÓN DONDE ESTUDIARA: | | NUMERO DE SOCIO: | |
| | | DIRECCIÓN RESIDENCIAL: | |
| | | LUGAR DE TRABAJO: | |
| OCUPACIÓN: | INGRESO MENSUAL: | | |