



COLEGIO BELGRANO DE SALTA
SOLICITUD DE BECA

FECHA:/...../.....

AÑO Y NIVEL QUE CURSA.....

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO Y NOMBRES

PROMEDIO DEL ALUMNO

.....

.....

DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

SEXO: Femenino

Masculino

LUGAR DE RESIDENCIA DEL ALUMNO

Calle:.....N°.....Tel:.....Cel:.....

Localidad:.....Provincia:.....País:.....e-mail:.....

COMPLETAR SI ES BENEFICIARIO DE BECA (DE OTRA ENTIDAD)

Otorgante:.....Año:.....Monto:.....Porcentaje:.....

DATOS DEL INMUEBLE DEL GRUPO FAMILIAR

Catastro:..... Calle:.....N°.....

Tenencia:..... Ingreso por alquiler (\$):..... Egreso por Alquiler (\$):.....

Impuestos (\$):..... Servicios (\$):..... Hipoteca (\$):..... Habita Actualmente? SI NO

DATOS DEL AUTOMÓVIL (si lo hubiere)

Patente:..... Marca:.....Modelo:..... Año:..... Uso:..... Ingreso Percibido:.....

GASTOS DEL GRUPO FAMILIAR

Alimentación (\$):

Servicios (\$):

Educación (\$):

Salud (\$):

Transporte (\$):

Otros Gastos (\$):

Total de Gastos (\$):

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Apellido y Nombre:..... Vínculo:..... Vive?:..... Fecha de Nac:.....

Estado Civil:..... Estado de Salud:..... Obra Social:..... Enfermedad o Discapacidad:.....

Trabaja?:..... Ingresos (\$):..... CUIT/ CUIL:.....

Estudia Actualmente?:..... Arancel (\$):..... Tipo de Institución:..... Institución:.....

Apellido y Nombre:..... Vínculo:..... Vive?:..... Fecha de Nac:.....

Estado Civil:..... Estado de Salud:..... Obra Social:..... Enfermedad o Discapacidad:.....

Trabaja?:..... Ingresos (\$):..... CUIT/ CUIL:.....

Estudia Actualmente?:..... Arancel (\$):..... Tipo de Institución:..... Institución:.....

Apellido y Nombre: Vínculo: Vive?: Fecha de Nac.: Estado Civil: Estado de Salud: Obra Social: Enfermedad o Discapacidad: Trabaja?: Ingresos (\$): CUIT/ CUIL: Estudia Actualmente?: Arancel (\$): Tipo de Institución: Institución:
Apellido y Nombre: Vínculo: Vive?: Fecha de Nac.: Estado Civil: Estado de Salud: Obra Social: Enfermedad o Discapacidad: Trabaja?: Ingresos (\$): CUIT/ CUIL: Estudia Actualmente?: Arancel (\$): Tipo de Institución: Institución:
Apellido y Nombre: Vínculo: Vive?: Fecha de Nac.: Estado Civil: Estado de Salud: Obra Social: Enfermedad o Discapacidad: Trabaja?: Ingresos (\$): CUIT/ CUIL: Estudia Actualmente?: Arancel (\$): Tipo de Institución: Institución:
Apellido y Nombre: Vínculo: Vive?: Fecha de Nac.: Estado Civil: Estado de Salud: Obra Social: Enfermedad o Discapacidad: Trabaja?: Ingresos (\$): CUIT/ CUIL: Estudia Actualmente?: Arancel (\$): Tipo de Institución: Institución:

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA CTA CTE DE ARANCELES DEL ALUMNO
De acuerdo a lo dispuesto por la Resolución Gral N° 3423 de la Dirección General Impositiva, El Colegio se encuentra obligado a requerirle la siguiente información, referida al Responsable de pago de Aranceles del Alumno:
APELLIDO Y NOMBRE: DOCUMENTO: TIPO 1 DNI _ 2 C.I. _ 3 PAS _ 4 LC _ 5 LE _ 6 OTROS _ N°
DOMICILIO Calle: N° Piso Dpto. Tel. Localidad: Código Postal Provincia
N° DE CUIT O CUIL: ____ _
CONDICIONES FRENTE AL IVA
1. RESP. INSCRIPTO <input type="checkbox"/> 2. RESP. NO INSCRIPTO <input type="checkbox"/> 3. NO RESPONSABLE <input type="checkbox"/> 4. EXENTO <input type="checkbox"/> 5. CONSUMIDOR FINAL <input type="checkbox"/>
_____ FIRMA DEL RESPONSABLE

LOS DATOS APORTADOS PRECEDENTEMENTE TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. SALTA, de del Firma del solicitante:
