**FORMULARIO SOLICITUD DE BECA**

**AYUDANTES DE INVESTIGACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO ALUMNO** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  | **RUT** |  |
| **DOMICILIO** |  | **COMUNA** |  |
| **CORREO ELECTRONICO** |  | **FONO** |  |
| **N° DE CUENTA** |  | **BANCO** |  |
| **TIPO DE CUENTA** |  |
| **MONTO TOTAL $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(A descontar del Proyecto) | **$** | Forma de pago**Mensual** | **$** | Forma de pago**Global** |
| Número de meses \_\_\_\_\_ El monto señalado se multiplicara por los meses indicados | El monto señalado se cancelará al término del período, **una cuota** |
| **DURACIÓN** | Desde:  | Hasta:  |
| **CALIDAD** | ALUMNO PREGADO \_\_\_\_\_  | ALUMNO POSTGRADO \_\_\_\_\_ |
| **TAREAS** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE INVESTIGADOR**  |  |
| **RUT** |  |

**CARGO A (marcar con una x e indicar código del Proyecto):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGULAR** |  | **Código**  |  | **CONT\_FONDECYT** |  | **Código**  |
| **ASOCIATIVO** |  | **Código**  | **ARQUITECTURA** |  | **Código**  |
| **INV\_CLINICA** |  | **Código**  | **TECNOLOGICO** |  | **Código**  |

**ANEXAR**

* Certificado Alumno regular o recibo pago de matrícula (debe ser alumno USACH por el período a contratar).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA INVESTIGADOR RESPONSABLE**