



**FORMULARIO No. 002**

Solicitud N°: \_\_\_\_\_ Recibido: \_\_\_\_\_

Tipo de Beca: **ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD DEL ESTUDIANTE**

Hna. Gloria María Orellana Redrovàn.  
Rectora.

De mis consideraciones:

Yo \_\_\_\_\_ en mi calidad de representante legal del estudiante \_\_\_\_\_, el cual consta matriculado en el presente periodo lectivo. En el solicito a usted se me conceda un descuento, para que mi representado pueda ser beneficiado en el periodo lectivo 2025 – 2026.

Por lo que para el análisis respectivo adjunto los siguientes documentos.

Requisitos	Si	No
Certificado de salud el mismo que determine la enfermedad o discapacidad que posee el o la estudiante		
Carta explicando la situación por la enfermedad que podría estar atravesando el estudiante		
Copia de cédula del representante legal		
Ficha socioeconómica (anexo 001)		
Acta de compromiso (anexo 002)		

Dejo constancia que el presente requerimiento no genera derechos ni beneficios, si no como resultado de la aprobación por parte del Consejo Ejecutivo de la Unidad Educativa, legalmente notificado y con la suscripción del acta de compromisos.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Representante Legal.  
C.I. \_\_\_\_\_