



PMB709, 89 Ave de Diego Ste.105 San Juan PR 00927-6346 Tel: 620-2667
Edif. Medical Emporium II, Ave. Hostos Carr 2 Km 157.0 Mayagüez PR 00680 (Entrega Personal)
Calle Sol #36,Ofic. 105, Ponce PR 00731 (Entrega Personal)

Número

No escriba
aquí

SOLICITUD AL PROGRAMA DE BECAS

Revise las instrucciones ANTES de completar y enviar este documento
Fecha límite: 30 de septiembre de 2011

Nombre del Socio(a) _____ Número de Socio(a) _____

Dirección Postal _____

Teléfono Residencial _____ Celular: _____ Tel. Trabajo: _____

Nombre del (la) Estudiante: _____

Escuela o Institución Actual: _____

Grado Actual: _____

SELLO DE LA INSTITUCION
AÑO ACTUAL
(No aplica Universitarios o Socios)

CERTIFICACIÓN DE PROMEDIO DEL AÑO ANTERIOR (A SER COMPLETADA POR LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA)

Núm. De Registro _____
(Programa Educación Especial)

Certifico que el/la estudiante _____
Apellidos Nombre Inicial

Cursó estudios en _____ durante el año escolar _____ en el
grado _____ y los récords oficiales indican que su promedio FUE _____
(Promedio numérico y nota)

SELLO DE LA INSTITUCION
AÑO ANTERIOR

Certificado por: _____
Firma

Nombre en letra de molde/ posición

Fecha de Certificación: _____

USO OFICIAL DE FEDECOOP

Nivel de la Participación: ___ Elemental ___ Superior ___ Intermedio ___ Universitario
___ Técnico-Vocacional ___ SOCIO; ___ Especial (E, I, S)

NO SE ACEPTAN SOLICITUDES POR FAX O "E-MAIL". RECUERDE ENTREGAR ANTES DEL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2011 A LAS 4:30 P.M.

ACUSE DE RECIBO (Presentarlo en la Asamblea) Socio: _____

Correo-SAN JUAN Personal: San Juan, Mayagüez, Ponce

Recibido por: _____
(Nombre Legible)

Fecha: _____

Estudiante: _____

Nivel: _____