**Datos personales para cobro de beca BIEA**

Apellidos y Nombres:

Tipo de Documento: N°:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CUIL:

\_\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Estado Civil:

Sexo: Nacionalidad:

Domicilio:

(Calle, numero, piso, dpto., pcia, código postal)

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono:

(Indicar característica)

Correo electrónico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Observaciones:

* Adjuntar Constancia de CUIL en formato PDF.
* Adjuntar constancia de CBU de Cuenta BANCARIZADA en formato PDF.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Obra Social**

En el caso de no contar con cobertura médica, podrá gestionar los servicios de la Obra Social de la UNSa (OSUNSa) presentando en las oficina del predio de la UNSa. y/o en calle Buenos Aires 177 copia de la resolución de designación y del primer informe mensual de actividades.