

**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE COSTA RICA  
VICERRECTORÍA DE VIDA ESTUDIANTIL Y SERVICIOS ACADÉMICOS  
DEPARTAMENTO DE BECAS Y GESTIÓN SOCIAL  
OFICINAS DE BECAS DE CAMPUS Y CENTROS ACADÉMICOS**

**RECURSO DE APELACION**

Complete los datos que se solicitan a continuación

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de carné: \_\_\_\_\_

Campus o centro académico: \_\_\_\_\_

Carrera que cursa: \_\_\_\_\_

Número de cédula: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Justifique las razones por las que solicita apelación y presente la documentación probatoria respectiva que respalde su solicitud (en caso que corresponda):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_