

**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE COSTA RICA**  
**VICERRECTORÍA DE VIDA ESTUDIANTIL Y SERVICIOS ACADÉMICOS**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD**  
**PROGRAMA DE BECAS SOCIOECONÓMICAS**

**SOLICITUD DE AUMENTO DEL MONTO DE BECA Y /O REVISIÓN DE CATEGORIA**

Período lectivo: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Carné	Carrera	Teléfono

**Procedencia del grupo familiar**

Provincia	Cantón	Distrito

**Sede:**

San Carlos

San José

Cartago

Alajuela

**Tipo de beca:**

	Monto	Categoría
Beca Mauricio Campos	₡ _____	_____
Beca Colegio Científico	₡ _____	_____
Beca – Préstamo	₡ _____	_____
Beca de Exoneración	₡ _____	_____

**Solicita revisión en:**

Monto asignado

Categoría asignada

**Desglose sus gastos de estudio mensuales:**

Alojamiento	₡ _____
Transporte	₡ _____
Alimentación	₡ _____
Material didáctico	₡ _____
TOTAL	₡ _____

Indique el aporte familiar mensual      ₡ \_\_\_\_\_

Comente brevemente los motivos por los cuales solicita el aumento (Debe aportar los documentos probatorios que justifiquen su solicitud en caso de situaciones especiales)

---

---

---

---

---

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

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

**PARA USO DE TRABAJO SOCIAL**

Créditos aprobados el  
último semestre cursado

Créditos matriculados en el  
semestre actual

Tipo de beca: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_

Monto: \_\_\_\_\_

Solicitud:

Aprobada

Denegada

Rige a partir de: \_\_\_\_\_

Recomendación:

---

---

---

---

---

Se solicitan documentos probatorios:

Si

No

\_\_\_\_\_  
Nombre de la trabajadora social

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Sello