



**COMISION NACIONAL MIXTA DE BECAS**  
**SNTSA-SSA**  
**SOLICITUD DE BECA DE EDUCACION ESPECIAL**  
**9º Periodo 2025-2026**



<b>SECCIÓN SINDICAL</b>
30

DATOS DEL TRABAJADOR															
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO						NOMBRE (S)						
CURP															
CÓDIGO DE PUESTO	M														
LUGAR DE ADSCRIPCIÓN															
TELEFONO O CORREO ELECTRÓNICO															
DATOS DEL BECARIO															
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO						NOMBRE (S)						
CURP:															
FECHA DE NACIMIENTO	DIA		MES		AÑO		SEXO								
							M			F					
EL BECARIO OBTUVO BECA EN EL CICLO ANTERIOR							SI			NO					
DIAGNOSTICO MÉDICO															
TIPO DE EDUCACIÓN ESPECIAL QUE RECIBE															
<b>DOCUMENTOS QUE DEBERAN PRESENTAR EN ORIGINAL, PARA COTEJO Y COPIA LEGIBLE, EN EL SIGUIENTE ORDEN.</b>															
<ol style="list-style-type: none"><li>1. EN UNA SOLA HOJA, TALÓN DE PAGO, ÚNICAMENTE DE JUNIO, JULIO O AGOSTO DEL AÑO EN CURSO Y CREDENCIAL DE ELECTOR VIGENTE, POR AMBOS LADOS.</li><li>2. ACTA DE NACIMIENTO RECIENTE DEL BECARIO, EN REDUCCIÓN TAMAÑO CARTA O DOCUMENTO QUE ACREDITE LA TUTELA.</li><li>3. CURP DEL BECARIO.</li><li>4. DICTAMEN MÉDICO DEL AÑO EN CURSO, EMITIDO POR SU DERECHOHABIENCIA, QUE AVALE EL TIPO DE DISCAPACIDAD.</li><li>5. CONSTANCIA DEL PERIODO 2024-2025 QUE COMPROBE QUE RECIBE ALGUN TIPO DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y/O TERAPIA, EN HOJA MEMBRETADA DE LA INSTITUCIÓN, FIRMADA, CON CEDULA PROFESIONAL DE QUIEN AVALA EL DOCUMENTO Y TEMPORALIDAD.</li></ol>															

**DOCUMENTO OFICIAL NO DEBE MODIFICARSE**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SECRETARIO GENERAL,  
SECRETARIO DE BECAS O SELLO DE LA  
SECCIÓN SINDICAL.