



**R.F.C. IJA-600219-9Y0**

**DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA**

Nombre

Teléfono local

Teléfono móvil

Correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**DATOS DE LA ASOCIACIÓN CIVIL DONDE PARTICIPA**

Nombre

Cargo

**Para ser llenado por el Instituto**

**AUTORIZACIÓN**

Revisó

Nombre \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Autorizó

Nombre \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

**DATOS DEL EVENTO**

Nombre

Fecha

Sede

**BECA**

Porcentaje otorgado

Apoyo