



VICERRECTORADO DE LOS SERVICIOS
SOCIALES Y COMUNITARIOS
Servicio de Asistencia a la
Comunidad Universitaria

**SOLICITUD DE AYUDAS PARA EL PROGRAMA DE CONVIVENCIA DE ESTUDIANTES
CON PERSONAS MAYORES, CON DISCAPACIDAD O FAMILIAS MONOPARENTALES DEL
S.A.C.U.
CURSO 2019-2020**

DATOS PERSONALES:

1º Apellido: 2º Apellido:

Nombre: N.I.F./N.I.E.: (incluir letra)

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:

.....

Nº Piso..... Letra..... Localidad..... C.P.....

Provincia..... Teléfonos: /

Dirección de correo electrónico.....

CENTRO:.....

ESTUDIOS:..... **PLAN DE ESTUDIOS:** **CURSO:**.....

IBAN donde desea recibir el ingreso de la ayuda en caso de ser beneficiario/a.....

En..... a de de
Firma,

**RESGUARDO DE SOLICITUD DE AYUDAS PARA EL PROGRAMA DE CONVIVENCIA DE
ESTUDIANTES CON PERSONAS MAYORES, CON DISCAPACIDAD O FAMILIAS
MONOPARENTALES DEL S.A.C.U.
CURSO 2018-19**

Nombre y Apellidos.....

Domicilio N.I.F.

**ESTA PÁGINA-RESGUARDO NO ES VÁLIDA SIN EL SELLO DE LA OFICINA
RECEPTORA**