



**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE  
ESTUDIANTES SONORENSES CON BENEFICIO DE  
PAGO COMO RESIDENTES EN ARIZONA EN  
UNIVERSIDADES PÚBLICAS DE ARIZONA**

FOTO

**La entrega de esta solicitud deberá venir acompañada de la siguiente documentación:**

1. Kardex actualizado de los últimos estudios con promedio de 90 o GPA de 3.0
2. Acta de Nacimiento (Que valide que el estudiante es sonorense).
3. Carta de intención (¿Por qué quieres estudiar en USA, cuáles son tus planes a futuro?).
4. Carta de aceptación de la Universidad.
5. 2 Fotos tamaño credencial.

FECHA LÍMITE DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS PARA CICLO DE OTOÑO: 1ER VIERNES DE JUNIO Y PARA  
CICLO DE PRIMAVERA: 1ER VIERNES DE OCTUBRE.

**INFORMACIÓN PERSONAL:**

Nombre Completo:								
Sexo	M		F		Edad		Estado Civil:	
<b>Nota</b>	Podrán aplicar a este programa UNICAMENTE estudiantes Sonorenses.							
Dirección Completa:								
Teléfono:	( )				Ciudad:			
Correo electrónico*:								
<b>Nota*:</b>	Es <b>indispensable</b> mantener este correo activo ya que la comunicación con el Programa se hará por este medio.							

**INFORMACIÓN ACADÉMICA:**

	Nombre de la escuela	Ciclo cursado	Promedio
Preparatoria			
Profesional			
Otro			

**INFORMACIÓN DE LA UNIVERSIDAD SELECCIONADA**

¿Qué expectativas tienes al ingresar a esta Universidad?	
Universidad que has seleccionado:	
¿Qué plan seleccionaste? (marca con una cruz)	
Doctorado	Nombre de plan:
Maestría	Nombre:
Licenciatura	Nombre:
<b>*Nota:</b>	Es necesario presentar el examen TOEFL con la anticipación necesaria para cumplir con las fechas límite que establece cada institución educativa.
¿Ciclo que deseas iniciar?(completa y marca con una cruz)	
Otoño	20____(Agosto-Diciembre)
Primavera	20____(Enero-Mayo)

**INFORMACIÓN GENERAL:**

¿Practicas algún deporte?			
Sí		No	¿Cuál?
¿Cuentas actualmente con algún tipo de apoyo (beca, crédito educativo, etc.)?			
Sí		No	
Nombre de la institución:			
¿Sufres de alguna enfermedad crónica, alergia o estas actualmente bajo tratamiento médico?			
Sí		No	
En caso de responder afirmativamente, favor de describir los síntomas y el tratamiento			

**INFORMACIÓN FAMILIAR:**

Nombre del Padre:			
Ocupación:			
Empresa en la que labora:			
Teléfono de contacto:	(     )	Sueldo Mensual:	

Nombre de la Madre:			
Ocupación:			
Empresa en la que labora:			
Teléfono de contacto:	(     )	Sueldo Mensual:	

**COMPROMISOS**

De NO cumplirse se dará de baja automáticamente.	
1	Envío de calificaciones inmediatamente después de ser expedidas.
2	Envío de reportes semestrales y evidencias (incluir fotos).

**COMENTARIOS U OBSERVACIONES:**

--

Los documentos son recibidos por el **Programa de Estudiantes Sonorenses con Beneficio de Pago como Residentes en Arizona** con el compromiso de poner mi solicitud a consideración del Consejo Consultivo cuya reunión se efectuará según su programación. Es este Consejo quien determinará mi participación en el **Programa de Estudiantes Sonorenses con Beneficio de Pago como Residentes en Arizona** tomando en cuenta el cumplimiento de los requisitos establecidos para este programa, el número de solicitudes recibidas y el número de lugares disponibles entre otros.