**BECAS Y APOYOS COMPLEMENTARIOS PARA MADRES MEXICANAS JEFAS DE FAMILIA, ESTUDIANTES DE LICENCIATURA**

**CONVOCATORIA 2024**

***Formato P-MJFL***

Lugar y fecha

**Dra. Liza Elena Aceves López**

Coordinación de Programas para la Formación y

Consolidación de la Comunidad

CONAHCYT

Presente

En el marco del “*Becas Y Apoyos Complementarios Para Madres Mexicanas Jefas De Familia, Estudiantes De Licenciatura”*, me dirijo a usted para solicitarle se otorguen los privilegios pertinentes, al Representante Institucional que a continuación se menciona, quien será el responsable de capturar las personas aspirantes, así como los Programas Académicos en el Sistema de Licenciaturas – CONAHCYT y cuyos datos a continuación se indican:

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Registro RENIECYT[[1]](#footnote-1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Representante Institucional[[2]](#footnote-2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado Académico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de CVU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: (10 dígitos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asimismo, se solicita el registro de los siguientes programas académicos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre oficial del Programa Académico[[3]](#footnote-3):** | **Clave DGP o RVOE[[4]](#footnote-4)** |
|   |   |   |
|  |  |  |

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma del Rector, Director General o Representante Legal ante el RENIECYT**.

1. Se deberá indicar el número RENIECYT institucional y no de la SEDE [↑](#footnote-ref-1)
2. Solo se otorgarán privilegios a un Representante Institucional [↑](#footnote-ref-2)
3. Se deberá indicar el nombre oficial del programa ante la Dirección General de Profesiones. [↑](#footnote-ref-3)
4. Se deberá anexar copia del registro ante la DGP o RVOE [↑](#footnote-ref-4)