



Municipalidad de Nicoya  
Área de Gestión Social



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA**

N° de Persona: \_\_\_\_\_

N° Becario: \_\_\_\_\_

Ha sido beneficiario del programa Municipal de becas anteriormente: Si ( ) No ( )

En caso de que su respuesta anterior fuese positiva, indique el año en el que recibió la beca: \_\_\_\_\_



**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

<b>Nombre completo:</b>		<b>Cédula:</b>	
<b>Edad:</b>	<b>Nacionalidad:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Lugar de Nacimiento:</b>
<b>Año que cursará en el 2026:</b>		<b>Institución a la que asiste:</b>	
<b>Dirección:</b>			
<b>Cuenta con algún tipo de discapacidad: Si ( ) No ( )</b>			



**DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONFORMAN NUCLEO FAMILIAR**

Nombre completo	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Teléfono	Parentesco con el menor	Oficio

---

Teléfono: 2685-8778

Correo electrónico: [gestionsocial@municoya.go.cr](mailto:gestionsocial@municoya.go.cr)



*Municipalidad de Nicoya*  
*Área de Gestión Social*



**MOTIVO DE LA SOLICITUD**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Firma del Informante**

\_\_\_\_\_  
**Funcionario que recibe solicitud**

**USO EXCLUSIVO DE LA MUNICIPALIDAD**

**REVISIÓN PRELIMINAR**

**Cantidad de documentos que aporta:** \_\_\_\_\_

**Fecha de revisión preliminar:** \_\_\_\_\_

**Firma de quien realiza revisión:** \_\_\_\_\_

**REVISIÓN FINAL**

**Estado de la Solicitud:** ( ) APROBADO      ( ) RECHAZADO

**Motivo:**

**Tipo de beca asignado:** ( ) Limitación Económica      ( ) Excelencia Académica

**Funcionario que revisa los documentos**