

**EL PROGRAMA FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE
BECARIO/A REQUIERE DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

1. Por parte del/a estudiante

Yo _____, cédula _____,
declaro bajo fe de juramento que la información contenida en esta boleta de control
de horas es veraz y que cualquier falsedad me hará acreedor/a a la pérdida del
beneficio otorgado.

Firma del/a estudiante

**2. Por parte del Trabajador/a Social, Administrador/a del Centro
Universitario o Supervisor/a al que le ha sido asignado el/a
estudiante**

¿El estudiante cumplió satisfactoriamente con las Horas de Servicio?

- Si
 No

Firma y Sello