



**SOLICITUD DE BENEFICIO CONTRACTUAL DE EXONERACIÓN
DE MATRICULA DE PREGRADO**

TODOS LOS CAMPOS DEBEN SER LLENADOS - SON OBLIGATORIOS

Datos del Trabajador Beneficiario

Apellidos y Nombres: _____ Cédula de Identidad: _____

Dependencia donde labora: _____ (*) Teléfono celular: _____

Sede de la UCAB donde trabaja: Caracas Guayana

Categoría a la cual pertenece: Empleado Profesional Docente

Datos del Estudiante

Apellidos y Nombres: _____ Cédula de Identidad: _____

Escuela: _____ Especialidad: _____

Indicar Año o Semestre a cursar: Año ____ Semestre ____ Teléfono celular: _____

Sede de la UCAB donde va a estudiar: Caracas Guayana

Solicita por primera vez este beneficio: Sí No De ser AFIRMATIVA SU RESPUESTA, consigne en la Dirección de Recursos Humanos documento que acredite el parentesco con el trabajador.

Categoría a la cual pertenece la condición del Estudiante

- Empleado (**)
- Hijo del Empleado
- Cónyuge del Empleado
- Profesional (**)
- Hijo Profesional Tiempo Completo
- Hijo Profesional otra dedicación
- Hijo Profesor Tiempo Completo
- Hijo Profesor otra dedicación ____ Horas académicas

(*) Si el Trabajador pertenece a alguna organización distinta a la UCAB debe anexar a la presente una carta que certifique que forma parte de su nómina e indique a cuál categoría de trabajador pertenece (Empleado, Profesional o Docente)

NOTA: Esta planilla no será procesada si no llena todos los datos solicitados y no cumple con los requisitos exigidos.

Caracas, _____ de _____ de 20__

Firma del Trabajador

Firma del Estudiante

SOLO PARA USO DE RECURSOS HUMANOS

Cargo:

Ded:

Código:

Período:

Porcentaje Aprobado

_____ %

Procesado por:

Dirección de Recursos Humanos

Elaborado por: Dirección de Recursos Humanos