



Gobierno del Estado de Campeche
 Secretaría de Desarrollo Social y Humano
 Dirección de Desarrollo Humano
 Programa APRENDE
 Componente Servicio Social para Crecer

"2018, Año del Sesenta y Cinco Aniversario del Reconocimiento al Ejercicio del Derecho a Voto de las Mujeres Mexicanas"

SEDESYP/DDH/SSC-01

PRIMER PERIODO 2018

FORMATO DE SOLICITUD

PEGAR FOTO
 (Tamaño infantil)
 (NECESARIO)

Revisó	
Capturó	
Verificó	

IMPORTANTE:

1. Lea bien el formato, antes de iniciar su llenado.
2. Antes de entregar la solicitud, verifique que la información contenida esté completa y correcta según lo requerido.
3. Este formato debe ser llenado con letra mayúscula, preferentemente a computadora o máquina, de ser llenado a mano con letra clara y legible.
4. Los solicitantes que sean menores de edad tendrán que añadir una fotografía tamaño infantil, reciente, impresa en papel MATE, anotando su nombre al reverso.
NO SE ACEPTARÁN FOTOGRAFÍAS EN PAPEL DISTINTO.
5. No se recibirá si la documentación está incompleta.

*** A. Datos Identificación.**

*Nombre (s) (NO USAR ABREVIATURAS)										Primer Apellido (Apellido Paterno)										Segundo Apellido (Apellido Materno)									
Hombre		Mujer		Día		Mes (Número)		Año		Letras		Números		"H" ó "M"		Letras		Núm.											
Edad		*Sexo (Marque con X)		*Fecha de Nacimiento				*CURP																					
Estado Civil (Soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a)		Nombre		Clave		Nombre		Clave		Nombre		Clave		Nombre		Clave													
Entidad Federativa de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Localidad de Nacimiento																					

*** B. Domicilio actual.**

Calle, avenida, andador, cerrada, privada, etc.										Nombre o número										Núm. Ext.		Núm. Int.		Mza.		Lote	
Referencia (en su caso, según comprobante de domicilio)										*Colonia o Barrio										*Código Postal							
*Nombre		Clave		*Nombre		Clave		*Nombre		Clave		*Nombre		Clave													
*Entidad Federativa de domicilio				*Municipio de domicilio				*Localidad de domicilio																			

*** C. Datos de contacto.**

*Teléfono fijo (Domicilio)										*Cel. 1										Cel. 2									
*Correo Electrónico (Obligado, respetando el uso de mayúsculas y minúsculas)																													
Facebook																													
Twitter										@																			

"Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por ningún partido político alguno y los recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este Programa con fines políticos, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo a la ley aplicable y ante la autoridad competente."

*** D. Datos Escolares.**

*Nivel Académico:

	Media Superior
--	----------------

	Superior
--	----------

*Nombre Completo de la Institución Educativa (NO USAR ABREVIATURAS)		Nombre o número de Plantel, facultad, módulo o extensión	
*Entidad Federativa	*Municipio	*Localidad	
*Carrera o Especialidad <small>(LICENCIATURA, INGENIERÍA, ETC. COMO APARECE EN LA CREDENCIAL DE LA ESCUELA NO USAR ABREVIATURAS)</small>	*Último Semestre Cursado	*Promedio del periodo anterior <small>(EL QUE CORRESPONDE A LA BOLETA DE CALIFICACIÓN)</small>	Matrícula Escolar

***E. Datos para la Actividad que Solicita el Apoyo.**

	Servicio Social
--	-----------------

	Prácticas Profesionales
--	-------------------------

	Residencia Profesional
--	------------------------

*Turno:

	Matutino
--	----------

	Vespertino
--	------------

Anote Fecha de Inicio de acuerdo a la carta de aceptación y fecha aproximada de término de la actividad.

Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
* Fecha de inicio			Fecha de Término (Aprox.)		

*Nombre Completo de la Dependencia, Institución u Organismo (NO USAR SGLAS O ABREVIATURAS)
*Nombre del titular de la Dependencia, Institución u Organismo
*Área o Departamento donde se encuentra directamente desarrollando la actividad
*Nombre del responsable directo de sus actividades

*¿En qué sector se ubica la dependencia u organismo en la que se encuentra?

	Federal
--	---------

	Estatad
--	---------

	Municipal
--	-----------

	Soc. Civil
--	------------

	Privada
--	---------

*¿Actualmente recibe alguna beca o apoyo económico?. Especificar de ser Si.

	No
--	----

	Si
--	----

	¿Cuál?
--	--------

“Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por ningún partido político alguno y los recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este Programa con fines políticos, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo a la ley aplicable y ante la autoridad competente.”

*** F. DATOS SOCIOECONÓMICOS**

*Ingreso Familiar Mensual.

(Es la suma de ingresos de todos quienes aportan para la manutención de la familia) \$ M.N.

*¿Usted, apoya al ingreso familiar? SI ¿Con cuánto? \$ NO

*No. de personas que aportan al ingreso familiar

*Género de las personas que aportan al ingreso familiar No. de Mujeres No. de Hombres

*El trabajo que realizan las personas que aportan al ingreso familiar es: Asalariado Eventual

*No. de Integrantes de la familia.

*Parentesco con el Jefe de Familia: Hijo Sobrino Nieto Otro parentesco especifique:

*La casa donde vive es: Propia Rentada Hipotecada Prestada

*¿Cuál es el servicio de salud al que se encuentra afiliado?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMSS	ISSSTE	Seguro Popular	Ninguno	Otros Servicios (Especifique)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(*) ¿Pertenece a algun grupo indígena?	¿Habla alguna Lengua Indígena?	Tiene alguna Discapacidad (Marque con X)	Si	No	Tipo de Discapacidad		

*¿Qué tipo de transporte utilizas para cumplir tu Servicio Social ,Prácticas Profesionales o Residencia Profesional? (Marque con X)

Autobus Bicicleta Motocicleta Taxi Automovíl

*¿Cuánto gasta al mes, en cada uno de los siguientes rubros, para realizar su servicio social, prácticas o residencia profesional?

TRANSPORTE \$ M.N. ALIMENTACIÓN \$ M.N. **TOTAL** \$ M.N.

Autorizo a la Secretaría de Desarrollo Social y Humano para que los datos personales recabados en el presente formato de solicitud, sean usados, incorporados, tratados, conservados y protegidos en el Sistema de Datos Personales del Programa "Aprende" en su Componente Servicio Social para Crecer de la SEDESyH, mismos que tendrán una vigencia en los términos establecidos en las leyes vigentes aplicables, y que no podrán ser difundidos sin el consentimiento de su titular o utilizados para otros fines

AUTORIZO

NO AUTORIZO

San Francisco de Campeche, Camp. a _____ de _____ de 2018

Nombre y Firma del Solicitante

Lic. René Raúl Muñoz Guerrero, Director de Desarrollo Humano, de la Secretaría de Desarrollo Social y Humano, es el responsable del uso, tratamiento y protección de los datos personales que nos proporcione, conforme a lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche y demás normatividad aplicable. Sus datos personales serán utilizados con las finalidades de recepción, trámite y operatividad del Programa APRENDE en sus componentes "Servicio Social Para Crecer". En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estas finalidades, usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos, conforme a las leyes de la materia, ya sea a través de una solicitud de datos personales que podrá realizar en la Plataforma Nacional de Transparencia en la siguiente liga: www.plataformadetransparencia.org.mx o bien, acudiendo directamente a la Unidad de Transparencia y de Protección de Datos Personales, ubicada en Avenida Pedro Sainz de Baranda s/n por 51, Edificio Plaza del Mar, Colonia Centro, San Francisco de Campeche, Campeche, C.P. 24000, San Francisco de Campeche, Campeche, Teléfono (01) (981) 811-93-60, presentando identificación oficial, en el horario de 08:00 am a 16:00 pm, de lunes a viernes en días hábiles, para obtener los formatos de ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN, ASI COMO LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO. Se podrán transferir sus datos personales, en su caso, a la Dirección de Evaluación de la Secretaría de Desarrollo Humano, que a su vez lo transfiere a la Secretaría de Desarrollo Social del Poder Ejecutivo Federal, quien requiere la información para la integración del Padrón Único de Beneficiarios de todo el país, así como dar cumplimiento a requerimientos de las autoridades que se encuentren facultadas por la Ley para requerir datos personales, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Datos Personales de Referencia. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página institucional en la siguiente liga: www.transparencia.sedesyh.campeche.gob.mx/

"Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por ningún partido político alguno y los recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este Programa con fines políticos, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo a la ley aplicable y ante la autoridad competente."