



**PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO
PROGRAMA: "APRENDE"**

"2019, Año del Centenario luctuoso del General Emiliano Zapata, Caudillo del Sur"



***D. Datos Escolares.**

*Institución Educativa (Nombre Completo, NO USAR ABREVIATURAS)		Nombre y/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 Sin redondear <small>(EL QUE CORRESPONDE A LA BOLETA DE CALIFICACIÓN)</small>	Matrícula Escolar

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

<input type="checkbox"/> Servicio Social	<input type="checkbox"/> Prácticas Profesionales	<input type="checkbox"/> Residencia Profesional
*Turno:	<input type="checkbox"/> Matutino	<input type="checkbox"/> Vespertino

Anote Fecha de Inicio de acuerdo a la Carta de Aceptación y fecha aproximada de término de la actividad.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
* Fecha de inicio			Fecha de Término (Aprox.)		

*Nombre Completo de la Dependencia, Institución u Organismo (NO USAR SIGLAS 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 realizando la actividad por la que solicita la beca?

<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> Estatal	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Soc. Civil	<input type="checkbox"/> Privada
----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

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

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="text"/>
		¿Cuál?



**PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO
PROGRAMA: "APRENDE"**



"2019, Año del Centenario luctuoso del General Emiliano Zapata, Caudillo del Sur"

*** 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 NO ¿Con cuánto? \$ _____

*No. de personas que aportan al ingreso familiar

*Género de las personas que aportan al ingreso familiar

No. de Mujeres	<input type="text"/>
----------------	----------------------

No. de Hombres	<input type="text"/>
----------------	----------------------

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

Asalariado	<input type="text"/>
------------	----------------------

Eventual	<input type="text"/>
----------	----------------------

*No. de Integrantes de la familia.

*Parentesco con el Jefe de Familia:

Hijo	<input type="text"/>
------	----------------------

Sobrino	<input type="text"/>
---------	----------------------

Nieto	<input type="text"/>
-------	----------------------

 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="text"/>
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="text"/>
(*) ¿Pertenece a algún grupo Indígena?	¿Habla alguna Lengua Indígena?	¿Tiene alguna discapacidad? (Marque con X)	Sí	No	Tipo de Discapacidad

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

Autobús	<input type="text"/>
---------	----------------------

Bicicleta	<input type="text"/>
-----------	----------------------

Motocicleta	<input type="text"/>
-------------	----------------------

Taxi	<input type="text"/>
------	----------------------

Automóvil	<input type="text"/>
-----------	----------------------

*¿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 SEDESYP, 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 20__

Nombre y Firma

C.P. Stephanie Patrón Lara, Directora de Desarrollo Humano de la Secretaría de Desarrollo Social y Humano, es la 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 su "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 09:00 am a 15:00 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, Información y Seguimiento de la Secretaría de Desarrollo Social y Humano, que a su vez lo transfiere a la Secretaría de Bienestar 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 público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al Desarrollo Social. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado ante las autoridades conforme lo dispone la Ley de la materia.