



2016, AÑO DEL CENTENARIO DEL MUNICIPIO LIBRE DEL ESTADO DE CAMPECHE

DDH/PSSC-01

PEGAR FOTO  
(Tamaño infantil)  
(NECESARIO)

PROGRAMA SERVICIO SOCIAL PARA CRECER  
PRIMER PERIODO 2016  
FORMATO DE SOLICITUD

**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.

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

**A. Datos del Solicitante**

*Nombre (s) (NO USAR ABREVIATURAS)				Apellido Paterno				Apellido Materno			
M		F									
Edad	*Sexo (Marque con X)		Día	Mes	Año	*CURP					
			*Fecha de Nacimiento								
Entidad Federativa de Nacimiento		Municipio de Nacimiento		Localidad de Nacimiento		Estado Civil					
*Domicilio actual (IGUAL AL COMPROBANTE DE DOMICILIO)				Núm. Ext.		Núm. Int.		Mza.		Lote	
*Colonia						*Código Postal					
*Entidad Federativa			*Municipio				*Localidad				
Teléfono (Casa)		Cel. 1				Cel. 2					
*Teléfonos (Si tiene nextel anote el núm. de teléfono y el ID de Radio)											
*Correo Electrónico (Obligado, respetando el uso de mayúsculas y minúsculas)											
Facebook		https://www.facebook.com/									
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.”

**B. Datos Escolares.**

\*Nivel Académico:  Media Superior  Superior

*Nombre <b>Completo</b> de la Institución Educativa (NO USAR ABREVIATURAS)			
*Carrera o Especialidad <small>(COMO APARECE EN LA CREDENCIAL DE LA ESCUELA NO USAR ABREVIATURAS)</small>	*Último Semestre Cursado	*Promedio <small>(EL QUE CORRESPONDE A LA BOLETA DE CALIFICACIÓN)</small>	Matrícula Escolar

**\*C. Actividad por la 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
* Fecha de inicio		
Día	Mes	Año
Fecha de Término (Aprox.)		

**D. Datos de la Dependencia Receptora**

*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  Estatal  Municipal  Soc. Civil  Privada

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

No	Si	¿Cuál?

Motivo por el que solicita el apoyo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

“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.”

## II. DATOS SOCIOECONÓMICOS

\*Ingreso Familiar Mensual.

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

\*No. de personas que aportan al ingreso familiar  \*No. de Integrantes de la familia.

\*Género de las personas que aportan al ingreso familiar  Mujeres  Hombres

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

\*La casa donde vive es:  Propia  Rentada  Hipotecada  Prestada

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

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

TRANSPORTE	\$	<input type="text"/>	M.N.
ALIMENTACIÓN	\$	<input type="text"/>	M.N.
<b>TOTAL</b>	\$	<input type="text"/>	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 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 2016

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Solicitante

**“Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales Padrón de beneficiarios del programa SERVICIO SOCIAL PARA CRECER, con fundamento en los artículos 11 fracciones II, VI, X, XVIII, XXI y XX, 17 Fracción I, 46, 47, 56 Fracción I, III, IV y X y 57 de la Ley de Desarrollo Social del Estado de Campeche; 7 Fracción III y VI, 8 Fracción III, 63 y 102 del Reglamento de la Ley de Desarrollo Social del Estado de Campeche; 1, 4, 5, 6, 7 y 15 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Campeche y sus Municipios y Vigésimo Segundo, Vigésimo Noveno y Trigésimo de los Lineamientos para la Protección de Datos Personales del Estado de Campeche, cuya finalidad es integrar información de las solicitudes que requieran obtener los beneficios del Programa, y podrán ser transmitidos a la Institución Bancaria con la finalidad de ser utilizadas para el trámite de pago y datos estadísticos respectivamente, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Campeche y sus Municipios.**

**Los datos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite para participar como solicitantes del Programa Servicio Social para Crecer.**

**Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de datos personales es la Dirección de Desarrollo Humano de la Secretaría de Desarrollo Social y Humano del Gobierno del Estado de Campeche (SEDESYH), y la dirección donde podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es a través de la Unidad de Acceso Común de la SEDESYH, ubicado en Av. Pedro Sainz de Baranda s/n Col. Centro de la Ciudad de San Francisco de Campeche, Campeche.**

**El interesado podrá dirigirse a la Comisión de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Campeche y sus Municipios, al teléfono: (01) (981) 12.717.80 y (01) (981) 81.179.53 o [www.cotaipec.org.mx](http://www.cotaipec.org.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.”