



**SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO
DIRECCIÓN DE DESARROLLO HUMANO
PROGRAMA ESCUELA CERCA DE TI
2016**

SEDESYPH
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021



**FORMATO DDH/ECDT-2:
EDUCACIÓN
SUPERIOR**

Todos los campos de información que se solicitan en el formato de solicitud DDH/ECDT-2, son obligatorios y deberán ser proporcionados con veracidad, claridad y legibilidad para poder acceder al programa ESCUELA CERCA DE TI.

No DE CONTROL

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

I.- GENERALES

1. Datos del Solicitante:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|--------------------------|---------------------|----------|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre (s)* | | | | | Apellido Paterno* | | | | | Apellido Materno* | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Edad* | Sexo* | Día* | Mes* | Año* | Identificación Oficial Vigente (INE), si eres menor de edad deberás de llenar la carta de autorización de menores.* | | | | | | | | | |
| | | Fecha de Nacimiento* | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Pertenencia Étnica* | | Lengua Indígena* | | | CURP* | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Localidad de Nacimiento* | | Municipio de Nacimiento* | | | Estado de Nacimiento* | | | | | Estado Civil* | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Realizas alguna actividad laboral para apoyar tus estudios? ¿Cuál?* | | | | | ¿Distancia en Kms. de tú casa a tú Escuela?* | | | | | ¿Cuánto gastas en promedio a la semana en tu transporte de escuela hasta la localidad?* | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| IMSS* | ISSSTE* | Seguro Popular* | Seguro Facultativo* | Ninguno* | Otros Servicios (Especifique)* | | | | | | | | | |
| Afiliado a servicios de salud (marque con X sobre el recuadro que elija, si marcas ninguno especifica en otros servicios) | | | | | | | | | | | | | | |

2.- Domicilio actual:

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|------------|------------|----------------|---------|
| | | | | | | | |
| Calle (Especificar si es andador, privada u otro, si es el caso)* | | | | Núm. Ext.* | Núm. Int.* | Mza.* | Lote* |
| | | | | | | | |
| Colonia (Especificar si es Fraccionamiento, Unidad Habitacional u otro, si es el caso)* | | | | | | Código Postal* | |
| | | | | | | | |
| Localidad* | | | | Municipio* | | | Estado* |

Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos para el 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.

| | | |
|---|---|---|
| ¿Tiempo de residir en tú domicilio actual?* | ¿Tiempo de residir en el Estado de Campeche?* | Escribe si tú residencia en este domicilio, ¿es permanente o sólo durante tú formación educativa ?* |
|---|---|---|

3.- Para contactar

| | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Teléfono de Casa* | Cel. (Personal)* | Cel. (De otra persona de tu confianza)* |
| Correo Electrónico (Personal)* | Correo Electrónico (Adicional)* | |

II.- DATOS ESCOLARES

| | | |
|---|--------------------------|--|
| Escuela (Especificar el nombre de la Institución Educativa sin abreviaciones)* | | |
| Plantel (Especificar el No. asignado a la Institución Educativa o el nombre, facultad, extensión o Módulo)* | | |
| Municipio de la Escuela* | Localidad de la Escuela* | Escolaridad (al Semestre que cursas actualmente) * |
| Matricula* | Especialidad* | Grupo* |

Turno: Matutino Vespertino Promedio general acumulado según convocatoria

¿Viajas diario desde tu localidad hasta tu Institución Educativa Si No Si tu respuesta es no, indica donde te hospedas en la semana: Rentas En Casa de un familiar Casa del Estudiante

III.- INFORMACIÓN ADICIONAL PARA ESTADÍSTICAS SOCIALES.

¿Cuántas personas forman tu familia? Si tienes hermanos ¿Cuántos estudian?

| | | |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Nombre (s) de tu Madre* | Apellido Paterno* | Apellido Materno* |
|-------------------------|-------------------|-------------------|

Conteste con SI o No, según sea el caso, si la persona presenta algunas de las siguientes características.

Fallecida Madre soltera Divorciada o Separada Viuda Otros: _____ (Especifique)

Ocupación: Nivel Académico

Marca con una X si aporta algún ingreso para el gasto familiar Funge como tutor

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-------|-------|
| Calle (Especificar si es andador, privada u otro, si es el caso)* | Núm. Ext. | Núm. Int* | Mza.* | Lote* |
|---|-----------|-----------|-------|-------|

| | | |
|---|------------|----------------|
| Colonia (Especificar si es Fraccionamiento, Unidad Habitacional u otro, si es el caso)* | | Código Postal* |
| Localidad* | Municipio* | Estado* |

| | | |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Nombre (s) de tu Padre* | Apellido Paterno* | Apellido Materno* |
|-------------------------|-------------------|-------------------|

Conteste con SI o No, según sea el caso, si la persona presenta algunas de las siguientes características.

Fallecida Aporta al gasto familiar Funge como tutor:

Ocupación:

Nivel Académico

| | | | | |
|---|------------|-----------|----------------|-------|
| Calle (Especificar si es andador, privada u otro, si es el caso)* | Núm. Ext* | Núm. Int* | Mza.* | Lote* |
| Colonia (Especificar si es Fraccionamiento, Unidad Habitacional u otro, si es el caso)* | | | Código Postal* | |
| Localidad* | Municipio* | Estado* | | |

Marca con una X la situación de su vivienda y especifique si es el caso.

Propia Rentada Prestada

| En Proceso de Pago* | | | |
|---------------------|-----------|-----------|---------|
| CODESVI | INFONAVIT | FOVISSSTE | FONHAPO |

Otros: _____
(Especifique)

San Francisco de Campeche, Camp., ____ de _____ de 2016.

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 ESCUELA CERCA DE TI de la SEDESYPH, mismos que tendrán una vigencia en los términos establecidos en las leyes vigentes aplicables y que no podrán ser difundidas sin el consentimiento de su titular o utilizados para otros fines.

SI AUTORIZO NO AUTORIZO

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 ESCUELA CERCA DE TI, 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.

Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos para el 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.

Los datos marcados con un asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder o completar el trámite para participar como solicitantes del Programa Escuela Cerca de Ti.

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 SEDEYH, 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.cotapec.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.”

DESCARGA TUS FORMATOS NECESARIOS A TRAVÉS DE:



www.campeche.gob.mx



www.facebook.com/sedesyh



SEDESYH

O SOLICITALOS AL CORREO ELECTRÓNICO: p_escuelacercadeti@outlook.es

Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos para el 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.