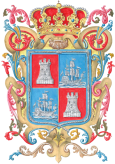
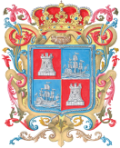
****

**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.”**

**ANEXO 17**

**FORMATO DE SOLICITUD COMPONENTE “ESCUELA CERCA DE TI”**

**SEDESYH/APRENDE/ECT-01**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Todos los campos de información que se solicitan en el formato de solicitud SEDESYH/APRENDE/ECT-01, son obligatorios y deberán ser proporcionados con veracidad, claridad y legibilidad para poder accesar al Programa Aprende del Componente ESCUELA CERCA DE TI.** |  | **PEGAR FOTO**  **(Tamaño Infantil)**  **(NECESARIO)** |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **\***Nombre (s) | | | | | | | | | | **\***Apellido Paterno | | | | | | | | | | | | **\***Apellido Materno | | | | | | | | | | | | |
|  | | Hombre | Mujer |  | |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\***Edad | | **\***Sexo | | (dd) | | | | (mm) | | (aa) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\***Fecha de Nacimiento | | | | | | | | | | **\***CURP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\***¿Perteneces a una comunidad Indígena? SI NO  **\***¿A cuál? | | | | | | | | | | | | | | **\***¿Hablas alguna lengua Indígena? SI NO  **\***¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\***¿Cuentas con alguna discapacidad? SI NO | | | | | | | | | | | | | | **\***¿De qué tipo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **\***Estado de Nacimiento | | | | | **\***Municipio de Nacimiento | | | | | | | | | **\***Localidad de Nacimiento | | | | | | | | | | | **\***Estado Civil | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMSS | ISSSTE | | Seguro Popular | | | | Seguro Facultativo | | | | | Ninguno | | | | Otros Servicios (Especifique) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué tipo de servicio de salud tiene? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**1.- \* Domicilio actual:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | |  |  |  |
| Calle (Especificar si es andador, privada u otro, si es el caso)\* | | | Núm. Ext. | | Núm. Int. | Mza. | Lote |
|  | | | | | |  | |
| Localidad, Colonia y/o Barrio  (Especificar si es Fraccionamiento, Unidad Habitacional u otro) | | | | | | Código Postal | |
|  | |  | | | | | |
| \*Correo electrónico personal | | \*Correo electrónico adicional | | | | | |
|  |  | | |  | | | |
| Localidad | Municipio | | | Estado | | | |
|  |  | | |  | | | |
| Teléfono de domicilio | Núm. Celular 1 | | | Núm. Celular 2 | | | |

**II.- \*DATOS ESCOLARES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel Educativo**: | Media Superior |  |  | Superior: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| Nombre de la Institución educativa  (Completo y sin abreviaturas) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Plantel  (Especificar el No. Asignado, nombre, facultad, extensión o módulo según sea el caso) | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | |
| Municipio | | Localidad | | | | Semestre que cursa actualmente | |
| Ubicación de la escuela | | | | | |
|  | |  | | | | |  |
| Matricula | | Especialidad, licenciatura, ingeniería etc. Según sea el caso | | | | | Grupo |
| Turno | Matutino | |  | vespertino |  |  | |
| Promedio general acumulado sin redondear | |

**Datos de Hospedaje (Anota o marca la respuesta que corresponda)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_Meses | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_Años | | SI | | | NO | | SI | NO | SI | NO |
| ¿Cuánto tiempo tiene de residir en su domicilio actual?\* | | | | ¿Su escuela se ubica en la localidad en la que vive? | | | | | Para asistir a la escuela ¿Cambió su domicilio a otra localidad? | | ¿Viaja diario desde la localidad donde vive hasta su escuela? | |
| Casa del estudiante |  | Casa de un familiar |  | | Renta |  | | $ | | | | |
| Responda si cambió su domicilio para asistir a la escuela: ¿Qué tipo de hospedaje tienes? | | | | | | | | ¿Cuánto paga al mes por concepto de hospedaje? | | | | |

**Datos de transporte**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autobús** |  | | **Motocicleta** | |  | | **Taxi** |  | **Urbano** |  |  | Bicicletas |
| ¿En qué te transportas a la escuela? marque con X el cuadro que corresponda. | | | | | | | | | | |
| 1 a 5 | | 6 a 10 | | 11 y más | |  | | | | |
| Distancia en Km. De tu casa a la Escuela | | | | | | ¿Cuánto gastas en promedio a la semana en transporte, de tu casa a la Institución Educativa. Ida y vuelta? | | | | |

**3.- INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA.**

Integración familiar (anote a todos los que habitan en la vivienda, incluyéndote como solicitante).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Qué parentesco tiene el solicitante con la persona que sostiene el hogar?** | **Tutor** |  | **Padre** |  | **Madre** |  | **Otro** |  |
| Marque con X sobre el recuadro que elija | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **parentesco con el solicitante** | **Edad(años)** | **Edo. Civil** | **Último grado de cursado o estudiando** | **Ocupación** | **Lugar donde trabaja o estudia** | **Aportan al Ingreso mensual** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Otros ingresos** | | | | | |  |
| **Total** | | | | | | $ |

¿Cuál es la situación de la vivienda que habita?

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | En Proceso de Pago | | | |
| Propia |  | Rentada |  | Prestada |  |  | CODESVI | INFONAVIT | FOVISSSTE | FONHAPO |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  | Otros: |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | (Especifique) | | | |

¿Cómo te gustaría que se te realizara el pago de la beca?

Tarjeta Bancaria Cheque

**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 en su Componente “Escuela Cerca de Ti” del Programa Aprende de la SEDESYH, 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| San Francisco de Campeche, Camp., a |  | de |  | de 20\_\_. |

Nombre y Firma del Solicitante

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 componente “Escuela Cerca de Ti”.

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](http://www.transparencia.sedesyh.campeche.gob.mx)