**“2019, Año del Centenario Luctuoso del General Emiliano Zapata, caudillo del Sur.”**



**ANEXO 19**

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES DE MENORES DE EDAD**

**SEDESYH/APRENDE/ECT-03**

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

**C.P. STEPHANIE PATRÓN LARA.**

Directora de Desarrollo Humano de la SEDESYH

PRESENTE

El C. (\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mexicano, con domicilio: (\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Colonia: (\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de: (\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Municipio de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Estado de Campeche, en mi carácter de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en ejercicio de la Patria Potestad del menor: (\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lo que acredito con copias simples del Acta de NacimientoActa de Tuteladel menor y de la Identificación Oficial del suscrito, para otorgar mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo Social y Humano (SEDESYH) de la Administración Pública Estatal para que los datos personales del menor: (\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, recabados en el formato de solicitud **SEDESYH/APRENDE/ECT-01** del Programa APRENDE mismo que se anexa a la presente sean usados, incorporados, tratados, conservados y protegidos en el Sistema de Datos Personales Padrón de beneficiarios del Programa APRENDE de la SEDESYH, mismos que estarán vigentes conforme a la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Campeche y sus Municipios y a los Lineamientos para la Protección de Datos Personales del Estado de Campeche, mismos que a su término serán suprimidos de acuerdo con lo establecido en las leyes vigentes aplicables antes mencionadas, lo anterior para que pueda participar en el Programa Aprende.

Acepto dar mi consentimiento a la SEDESYH para el manejo de los datos señalados anteriormente.

Atentamente

(\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma