



**FORMATO DE SOLICITUD
SEGUNDO PERIODO 2022**

BIENESTAR/FJ/ST-01

PEGAR FOTO
(Tamaño infantil)
(NECESARIO)

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. La fotografía será 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)				Primer Apellido				Segundo Apellido						
	M	F												
Edad	*Sexo (Marque con X)		Día	Mes (Numero)	Año	Letras	Números	"H" "O" "M"	Letras	Núm.				
	*Fecha de Nacimiento					*CURP								
Estado Civil (Soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a)			Nombre	Clave	Nombre	Clave	Nombre	Clave						
			Entidad Federativa de Nacimiento		Municipio de nacimiento		Localidad de Nacimiento							

***B. Domicilio actual.**

Calle, avenida, andador, cerrada, privada, etc.		Nombre o Número				Número Ext.	Núm. Int.	Mza.	Lote	
Referencia (en su caso, según comprobante de domicilio)						Colonia o Barrio			*Código Postal	
Nombre		Clave	Nombre		Clave	Nombre		Clave		
*Entidad Federativa de Domicilio				*Municipio de Domicilio				*Localidad de Domicilio		

***C. Datos de Contacto**

*Teléfono fijo (Domicilio)		*Cel. 1 (Mensaje)		*Cel. 2 (Mensaje)	
*Correo Electrónico (Obligado, respetando el uso de mayúsculas y minúsculas)					
Facebook					
Twitter		@			



***D. Datos de la Actividad para la que Solicita el Apoyo.**

<input type="checkbox"/>	Servicio Social	<input type="checkbox"/>	Prácticas o Residencia Profesional
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de Inicio		Fecha de Término (Aproximada)	

***E. Datos Escolares.**

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
*Institución Educativa (Nombre Completo, NO USAR ABREVIATURAS)		Nombre y/o número de Plantel, facultad, módulo o Extensión	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Entidad Federativa	*Municipio	*Localidad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Carrera o Especialidad (LICENCIATURA, INGENIERÍA, ETC. COMO APARECE EN LA CREDENCIAL DE LA ESCUELA NO USAR ABREVIATURAS)	*Último Semestre Cursado	*Promedio del periodo anterior Sin redondear (EL QUE CORRESPONDE A LA BOLETA DE CALIFICACIÓN)	*Matrícula Escolar

*** F. Datos Socioeconómicos**

***Ingreso Familiar Mensual.**

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

***No. de personas que aportan al ingreso familiar**

***¿Usted, apoya al ingreso familiar?**

 Si
 No

¿Con cuánto? \$ _____

***Género de las personas que aportan al ingreso familiar**

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

 Asalariado
 Eventual

***No. de Integrantes de la familia.**

***La casa donde vive es:**

 Propia
 Rentada
 Hipotecada
 Prestada

*** ¿Está afiliado a algún servicio público de salud?**

 Si
 No

***¿Cuál es el servicio de salud al que se encuentra afiliado?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMSS	ISSSTE	Seguro Popular	Otros Servicios (Especifique)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(*) ¿Pertenece a algún grupo indígena?	Si	No	Si	No
	*¿Habla alguna Lengua Indígena? (Marque con una X)		*¿Tienes alguna discapacidad? (Marque con una X)	
	*Tipo de discapacidad			



Autorizo a la Secretaría de Bienestar 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 de la Secretaría de Bienestar del Gobierno de México, 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 titularo utilizados para otros fines.

AUTORIZO

NO AUTORIZO

Aviso de Privacidad simplificado de la base de datos personales del Programa "Formación Jaguar"

Actividad: Sobrinos en Transformación

La Secretaría de Bienestar de la Administración Pública del Estado de Campeche es el 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, sin que requieran su consentimiento expreso, con las finalidades siguientes:

- a. Para validación y registro de datos, integración de expedientes para la selección y posible asignación y entrega de apoyos, ejecución de acciones, así como la gestión y comprobación de recursos, elaboración de padrones y su participación en el Programa Formación Jaguar en su actividad "Sobrinos en Transformación".
- b. Para identificar que los solicitantes de la actividad "Sobrinos en Transformación", cumplan con los requisitos establecidos en las Reglas de Operación vigentes.
- c. Para su uso estadístico y de evaluación.

Por otro lado, cuando se requiera su consentimiento o autorización por escrito al obtener datos sensibles del Titular o a quien corresponda su representación legal, se recabará en términos de las Reglas de Operación correspondiente. Se solicita su consentimiento tácito por finalidades distintas a los mencionados en este aviso que serán notificadas al titular mediante nuevo aviso de privacidad.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estas finalidades, usted puede manifestarlo mediante escrito libre o mediante una solicitud de datos personales que podrá realizar en la Plataforma Nacional de Transparencia en el siguiente link <http://www.plataformadetransparencia.org.mx>, o bien, ante la Unidad de Transparencia adscrita a la Secretaría de Bienestar, ubicada en Avenida Pedro Sainz de Baranda, sin número, por calle 51, Edificio Plaza del Mar, Colonia Centro, San Francisco de Campeche, Campeche, C.P. 24000, en la ciudad de San Francisco de Campeche, Municipio y Estado de Campeche, Teléfono (981) 81-1-93-60, presentando identificación oficial, en el horario de 08:00 am a 16:00 pm, de lunes a viernes en días hábiles, para obtener los formatos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, así como la Revocación del Consentimiento.

Se podrán transferir sus datos personales, en su caso a la Dirección de Evaluación, Información y Seguimiento, quien requiere la información para la integración del Padrón Único de Beneficiarios o con fines estadísticos, la Coordinación Administrativa para efecto de tramites de pago, todas integrantes de la estructura orgánica y funcional de la Secretaría de Bienestar o a las autoridades competentes cuando así lo requieran de manera fundada y motivada, con la finalidad de dar cumplimiento a sus atribuciones y obligaciones.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral de manera física en las oficinas que ocupa la Dirección de Desarrollo Humano de la Secretaria de Bienestar o en la siguiente dirección electrónica www.transparencia.bienestar.campeche.gob.mx

San Francisco de Campeche, Camp. a _____ de _____ de 2022

Nombre y Firma del Solicitante