Por medio del presente yo, C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito ser considerada(o) para recibir **«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»** del Programa**: «** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **»**, y para tal efecto proporciono los siguientes datos personales:

**CURP**: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **Sexo**: M( ) H( )

**Calle:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **No. Ext.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**No. Int.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**C.P**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Colonia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:** Guanajuato

**Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escolaridad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persona Vulnerable**: Sí ó No **Especifique:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo de la Persona acompañante** *(opcional)***:**

A este acto me acompaña C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a quien reconozco como ( )*Padre* ( )*Madre* ( )*Tutor(a) legal* ( )*Tutor(a)* ( )*Acompañante* ( )*Persona autorizada* ( )No aplica.

**CURP de la persona acompañante**: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Teléfono fijo:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **Celular:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Correo electrónico** (opcional)**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD:

# Que todo lo manifestado en la solicitud y documentación entregada o llenada son datos verídicos, auténticos y fidedignos, así como la firma o huella dactilar que aparece en el presente documento.

# Que he leído y cumpliré con lo establecido en las Reglas de Operación del Programa, y demás normativa aplicable.

# Que debido a la situación familiar actual se requiere el apoyo o servicio que otorga el programa para mejorar mis condiciones de vida y las de mi familia.

# Que no desempeño un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la administración pública estatal ni municipal del cual dependa económicamente. En el momento que mi situación cambie, me comprometo a informarlo y desistir de manera voluntaria del apoyo otorgado por el programa. (ÚNICAMENTE EN LOS CASOS QUE EL APOYO DEL PROGRAMA SEA ENTREGADO EN VARIAS MINISTRACIONES)

# CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que he leído y acepto el aviso de privacidad, el cual tuve a la vista y continuará a mi disposición en la página institucional en Internet http://sde.guanajuato.gob.mx, por lo que:

1. Que acepto recibir información de Gobierno del Estado de Guanajuato en domicilio y datos de contacto proporcionados;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) **Sí** otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales y para recibir información de Gobierno del Estado. |  | ( ) **No** otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, ni para recibir información de Gobierno del Estado. |

# ATENTAMENTE

# Nombre y firma o huella dactilar de la persona solicitante, tutor(a) o acompañante

*«Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social». «Los trámites de acceso a los apoyos económicos de los Programas Sociales son gratuitos, personales e intransferibles»*