

Anexo 4. Formato de Entrega de Tarjetas de Unidades del Bienestar

FOLIO: _____

LIC. LUIS PABLO BUSTAMANTE BELTRAN

SECRETARIO DE BIENESTAR DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

PRESENTE:

Por medio del presente, me permito manifestar lo siguiente:

1. Recibo de conformidad el apoyo en materia de salud de primer nivel, que consiste en una Tarjeta del Bienestar, en el marco del programa Unidades del Bienestar, misma que se encuentra foliada.
2. Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en la CUIS es verídica, por lo que en caso de caer en falsedad tengo conocimiento de las causas de baja y suspensiones establecidas en el artículo 20 de las Reglas de Operación del Programa.
3. Manifiesto tener conocimiento del aviso simplificado de privacidad, mismo que acepté en el llenado electrónico del Cuestionario Único de Información Socioeconómica y Nutricia (CUIS) para mi incorporación al programa Unidades del Bienestar, y autorizo que el Gobierno me pueda contactar para avisos relacionados con mi bienestar.

Fecha: ____ / ____ / 2023

Recibo de conformidad

Nombre y firma

Este programa utiliza recursos públicos y es ajeno a cualquier partido e interés político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa, deberá ser denunciado y sancionado conforme lo dispone la ley de la materia.

Los datos personales recabados, serán protegidos de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personal en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo.