



SEBIEN
SECRETARÍA DE
BIENESTAR

ANEXO II.

FORMATO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA

_____ Q. Roo a _____ de _____ de 202__.

**TITULAR DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR
DEL ESTADO DE QUINTANA ROO.
P R E S E N T E.**

El (la) que suscribe el presente C. _____, con número de teléfono _____ y correo electrónico _____, hago de su conocimiento que habito en un domicilio junto con ____ personas, de las cuales ____ son hombres, ____ son mujeres y ____ son otros. Del total mencionado, ____ son menores, ____ son mayores de 18 años y ____ son adultos mayores, declarando que, en mi hogar, (si) (no) existe algún menor de edad que **no** se encuentre registrado ante el registro civil.

Por lo anterior, solicito amablemente su apoyo, a efecto de que me considere en el Programa “_____”, para poder ser beneficiado por el mismo, manifestando bajo protesta de decir verdad que toda la información y documentación presentada para mi registro es verídica y otorgo mi consentimiento para que se utilice mi imagen en el desarrollo del mismo.

De igual forma manifiesto que no he recibido apoyos de otras dependencias públicas para los mismos fines de este Programa; por ello, acepto y reconozco el contenido de las Reglas de Operación del presente Programa.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para saludarlo cordialmente y enviarle un afectuoso saludo.

ATENTAMENTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

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 Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo.

Aviso de Privacidad: La Secretaría de Bienestar del Estado de Quintana Roo, a través de la Subsecretaría de Gestión Comunitaria y su Dirección de Enlace y Control, informa que es la responsable del tratamiento de los datos personales recabados de usted, consistentes en datos de identificación y generales, como son: nombre completo, número telefónico, correo electrónico y firma, los cuales serán utilizados con la finalidad de iniciar el proceso de solicitud de ingreso al Programa, de conformidad a lo establecido por el artículo 19, inciso e) de las Reglas de Operación del Programa “Red Unidades del Bienestar”; publicadas en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo, el día ____ de _____ del 2024; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Para mayor detalle puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en: <https://qroo.gob.mx/sebien/avisos-de-privacidad-2024/>, en la sección “Avisos de Privacidad”.