Formato Solicitud **«Apoyo MUJERES Grandeza »**
ANEXO 2

GTO Grandeza de México	**ANEXO 2** **Solicitud «Apoyo MUJERES Grandeza»**	GTO CONTIGO SÍ

Folio: _____ Fecha: _____/ _____/2023

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_____

Teléfono fijo _____ **Teléfono Celular** _____

Correo electrónico (opcional) _____

Nombre completo del acompañante (opcional): A este acto me acompaña C._____ a quien reconozco como ( )Padre ( )Madre ( )Tutor(a) legal ( )Tutor ( )Acompañante ( )Informante adecuado ( )No aplica. y lo/la autorizo para que en mi nombre y representación reciba los apoyos de este Programa, dado que _____
_____

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD:

a) 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.
b) Que cumpliré con lo establecido en las Reglas de Operación del Programa, y demás normativa aplicable.

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 *https://desarrollosocial.guanajuato.gob.mx*, por lo que:

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 de persona beneficiaria

Acuse de entrega de tarjeta Apoyo MUJERES Grandeza

_____, Gto. a _____ de _____ de 2023

Recibí tarjeta

_____

Nombre y firma de persona beneficiaria