

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y OTORGAMIENTO DE INSUMOS PARA MEDICINA TRADICIONAL (1)

ESCRITO DE SOLICITUD BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

**LIC. GIULIANNA BUGARINI TORRES**  
**SECRETARIA DEL BIENESTAR DEL ESTADO DE MICHOACÁN**

Yo \_\_\_\_\_ por medio de la presente manifiesto mi interés de inscribirme al Programa de Capacitación y Otorgamiento de Insumos para Medicina Tradicional que se llevará a cabo a lo largo del año 2023.

Hago de su conocimiento, bajo protesta de decir verdad que dependo económicamente de:

**Mi pareja ( ) Mis padres ( ) Mis hijos ( ) Otros ( )** \_\_\_\_\_, ya que mi ocupación principal es \_\_\_\_\_.

Que mi principal motivo para ser parte de este programa es:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sé y entiendo que el llenado de esta solicitud y del estudio socioeconómico, no significa que ya sea persona beneficiaria del programa y que mi inscripción está sujeta a un proceso de dictaminación. Por lo que acepto formar parte de ese proceso y reconocer los resultados que de él deriven con apego a lo establecido en el Programa y sus Reglas de Operación.

Entiendo que de resultar persona beneficiada con este programa tomo el compromiso de asistir al proceso de capacitación en un 85% mínimo y que mi participación en el evento final a realizarse en diciembre del 2023.

Hago también de su conocimiento los siguientes datos como medios de notificación:

Número de teléfono fijo: \_\_\_\_\_

Número de celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_



**Secretaría  
del Bienestar**  
GOBIERNO DE MICHOACÁN

**ATENTAMENTE**

**NOMBRE Y FIRMA**

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y OTORGAMIENTO DE INSUMOS PARA MEDICINA TRADICIONAL (2)

## ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Nombre completo de la persona solicitante:										Edad:	
Sexo		Mujer / Hombre / Intersexual				Orientación Sexual		Gay / Lesbiana / Bisexual / Pansexual Asexual / Heterosexual / ND			
CURP											
Último grado de estudios:				Estado civil:		Hijos:		SI / NO		# de hijos:	
Domicilio						Municipio:					
						Localidad:					
						Estado:					
Tiene alguna discapacidad		SI / NO		Tipo de discapacidad:		Motriz / Auditiva / Visual / Psicosocial / Intelectual / Múltiple					
Indígena		SI / NO		Comunidad indígena:							
¿Con qué servicios médicos cuenta?											
¿Cuenta con algún apoyo o beca Federal o Estatal?		SI / NO		¿Cuál?				Monto mensual:			
¿Actualmente realiza labores de cuidado a personas de la tercera edad, menores de edad, con alguna discapacidad o en condición de dependencia?				SI / NO		¿Recibe algún ingreso por esa laboral?					
<b>ENLISTE EN ESTA TABLA A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR INCLUYÉNDOSE A USTED.</b>											
#	Nombre				Sexo	Edad	Parentesco / Relación	Ocupación	Ingreso mensual		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
<b>INGRESO FAMILIAR MENSUAL TOTAL</b>											

### AVISO DE PRIVACIDAD

La Secretaría del Bienestar del Estado de Michoacán por sus siglas SEDEBI, con domicilio en Av. Lázaro Cárdenas 1016, Col. Ventura Puente, C.P. 58020, Morelia, Michoacán utilizará sus datos personales recabados para utilizar sus datos personales recabados para la atención de trámites y/o servicios solicitados por el titular de los datos personales o su representante legal, fines estadísticos, integración del padrón único de beneficiarios, actividades de capacitación. Para más información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral en: <https://www.michoacan.gob.mx/aviso-de-privacidad/>.

"ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO. QUEDA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA"

**H O N E S T I D A D Y T R A B A J O**