

SOLICITUD DE BECA PARA HIJOS DE TRABAJADORES DE
LA EDUCACIÓN QUE CURSAN EL NIVEL MEDIO SUPERIOR Y SUPERIOR
PERIODO ESCOLAR 2025-2026

DATOS DE LA ESCUELA

B.C.S.

FORÁNEA

NIVEL EDUCATIVO Y GRADO QUE CURSAN : (_____)

ESCUELA : (_____)

FECHA DE TERMINO DE ESTUDIOS : (_____) MUNICIPIO : (_____) ESTADO: (_____)

ELIJA EL CENTRO DE PAGO DE LA BECA

Servicios Regionales de Sta. Rosalía

Servicios Regionales de Loreto

Servicios Regionales de Cd. Constitución

Servicios Regionales de San José del Cabo

Departamento de Pagos de la SEP en La Paz

DATOS DEL ALUMNO SOLICITANTE

(_____) (_____) (_____)

APELLIDO PATERNOAPELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

CURP :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEXO:

F

M

TIPO DE CICLO QUE CURSA SEMESTRE CUATRIMESTRE OTROS

PROMEDIO DE CALIFICACIONES DEL ÚLTIMO PERIODO

DOMICILIO : (_____)

COLONIA : (_____) CÓDIGO POSTAL : (_____) LOCALIDAD : (_____)

MUNICIPIO : (_____) TEL. CASA : (_____) TEL. CELULAR : (_____)

CORREO ELECTRÓNICO : (_____)

DATOS SOCIOECONÓMICOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR : (_____) (_____) (_____)

APELLIDO PATERNOAPELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

OCUPACIÓN : (_____)

TELEFONO : (_____) INGRESO 07 QUINCENAL X 2 : (_____)

DOMICILIO : (_____)

NOMBRE DE LA MADRE O TUTORA : (_____) (_____) (_____)

APELLIDO PATERNOAPELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

OCUPACIÓN : (_____)

TELEFONO : (_____) INGRESO MENSUAL : (_____)

NUMERO DE DEPENDIENTES : INDIQUE SI LA FAMILIA TIENE HIJOS BECADOS :

SI

NO

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES : (_____)

EGRESOS MENSUALES : (_____)

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO : _____

UBICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO : _____

DELEGACIÓN SINDICAL: _____

EL FIRMANTE MANIFIESTA QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERÍDICA. LA COMISIÓN SEP-SNTE DEL PROGRAMA DE BECAS PROCEDERÁ A LA CANCELACIÓN DE LA BECA EN CASO DE COMPROBARSE LO CONTRARIO

FECHA DE SOLICITUD

DÍA	MES	AÑO

FIRMA DEL ALUMNO

DISPOSICIONES GENERALES

CON FUNDAMENTO A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, TITULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES, CAPITULO ÚNICO DEL OBJETO DE LA LEY; ART. 15 **EL USO DE LOS DATOS PERSONALES PROPORCIONADOS SERÁN RECOLECTADOS, AGRUPADOS, ANALIZADOS, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA DETERMINAR SU ACEPTACIÓN O RECHAZO AL PADRÓN DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE BECAS PARA HIJOS DE TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DE NIVEL MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR.**

NO OMITO MENCIONAR EN ESTA **COORDINACIÓN DE BECAS** UNA VEZ TERMINADO EL CORRECTO Y BUEN USO DE SUS DATOS PERSONALES, ÉSTOS SERÁN TRATADOS CONFORME AL ART. 18 DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSECIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, PARA RESGUARDARLOS EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ÉSTA COORDINACIÓN.

“ CON LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO DE MANERA VOLUNTARIA, PREVIA, EXPLICITA, INFORMADA E INEQUÍVOCA A LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA PARA TRATAR MIS DATOS PERSONALES, ASÍ COMO CUALQUIER OTRO DATO SENSIBLE COMO REGISTROS FOTOGRÁFICOS, AUDIOVISUALES, ENTRE OTROS, LOS CUALES SE HAYAN ALMACENADO O QUE EN EL FUTURO, ALMACENE EN SUS BASES DE DATOS, EN VIRTUD DEL OTORGAMIENTO DE APOYO POR EL PROGRAMA DE BECAS PARA HIJOS DE TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DE NIVEL MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR. PARA QUE SEAN USADOS EN EL MARCO DE LAS GESTIONES INSTITUCIONALES Y ADMINISTRATIVAS. RECONOZCO EL DERECHO QUE ASISTE PARA ACTUALIZAR, RECTIFICAR, CONOCER Y SUPRIMIR MIS DATOS PERSONALES”.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN