



**SOLICITUD PARA BECA
2017**

DATOS GENERALES

Nombre: _____
Edad: _____ Género (M) (F) Fecha de Nacimiento _____
Estado Civil: _____ CURP: _____
Dirección: _____
Colonia: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Teléfono: _____
Teléfono Móvil: _____ RFC: _____
Personas que dependen de mí: _____ Relación: _____

DATOS ACADÉMICOS

Estudios que cursa: _____
Institución: _____
Semestre en curso: _____ Total de semestres: _____
Promedio actual: _____ Porcentaje cursado: _____
Año de Ingreso: _____

DATOS LABORALES

Licenciatura que cursa: _____
Porcentaje de la licenciatura que cursa: _____
Oficina de la CEAV Coahuila de Zaragoza a la que solicita ser adscrito:
() Ofical Central (Saltillo)
Área a la que solicita ingresar: _____
¿Ha sido beneficiario anteriormente de una beca de la CEAV Coahuila de Zaragoza?: Si () No ()



Bajo protesta de decir verdad, declaró que los datos e información contenida en esta solicitud y sus documentos anexos son verdaderos y autorizo a verificarlos en el momento que se requiera.

Lugar y fecha: _____

Firma: _____

AVISO DE PRIVACIDAD

La Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas del Estado de Coahuila de Zaragoza, con fundamento en el artículo 78 de la Ley de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales para el Estado de Coahuila de Zaragoza, le informa que los datos obtenidos en esta “Solicitud para beca de la CEAV Coahuila de Zaragoza” se incorporarán al Sistema de Datos Personales “Expediente Personal”, con la finalidad de verificar su aptitud para practicar en esta dependencia, comprobar su identidad personal, comprobar los requisitos para acceder a la beca que solicita y cumplir con las obligaciones de esta dependencia. Asimismo, se transmitirá a la Secretaría de Finanzas, al Sistema de Atención Tributaria, y a la institución de seguridad social correspondiente.

La entrega de la información solicitada es de carácter obligatorio, y en caso de ser necesario, se le concederá una prórroga para cumplir estos requisitos, o en su defecto se rechazará su solicitud. Asimismo, podrá ser transmitida a las empresas que nos auxilien en las prestaciones laborales a las que tenga derecho, para lo cual requerimos su consentimiento.

En cualquier momento podrá acceder, rectificar, cancelar y/u oponerse al tratamiento de sus datos personales, los cuales estarán a cargo del Coordinador Administrativo de esta comisión, ubicado en la calle Sinaloa, número 381, en la colonia República Norte, de esta ciudad de Saltillo, Coahuila de Zaragoza.



Lugar y fecha: _____
Nombre: _____ Firma: _____

CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 76 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales del Estado de Coahuila de Zaragoza, por medio del presente indico que ____ (si o no) otorgo el consentimiento a la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas del Estado de Coahuila de Zaragoza con domicilio en calle Sinaloa, número 381, colonia República Norte, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Código Postal 25280 para el tratamiento de los mismos conforme a la Ley, quedando bajo resguardo del Coordinador Administrativo de dicha Comisión.

Lugar y fecha: _____
Nombre: _____ Firma: _____