



FOLIO

TLAXCALA, TLAX., A _____ DE _____ 2023. HORA INICIO: ____:____ HORA FINAL:____:____

DATOS DE USUARIO	USUARIO (A): _____ EDAD: _____ FECHA DE NAC.: _____ LUGAR DE NAC.: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ DOMICILIO: _____ _____ MUNICIPIO: _____ TELÉFONO: _____		
TIPO DE ASESORÍA :	✓	JURÍDICA	()
	✓	PSICOLOGÍA	()
	✓	TRABAJO SOCIAL	()
ASUNTO:	✓	PENSIÓN ALIMENTICIA	()
	✓	VIOLENCIA FAMILIAR	()
	✓	DIVORCIO	()
	✓	CUSTODIA	()
	✓	P. P. POTESTAD	()
	✓	ADOPCIÓN	()
	✓	ABANDONO	()
	✓	INFORMES DE MENORES ALB.	()
	✓	OTROS TRÁMITES	()
DISCAPACIDAD:	VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()		
ADULTOS MAYORES (65 AÑOS)	NOMBRE: _____		EDAD: _____
	NOMBRE: _____		EDAD: _____
MALTRATO INFANTIL:	✓	FÍSICO	()
	✓	PSICOLÓGICO	()
	✓	EMOCIONAL	()
	✓	SEXUAL	()
	✓	OTROS	()
DATOS:	CÓNYUGE ()	CONCUBINO(A) ()	OTRO ()
	NOMBRE: _____		
	EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____		
	OCUPACIÓN: _____ DOMICILIO: _____		
	_____ MUNICIPIO: _____		



HIJOS (AS):	NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____
	NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____
	NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____
	NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____
	NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____
ESCOLARIDAD:	ESTUDIAN SI () NO ()
	PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()
ESCUELA:	SI SABE LA ESCUELA DE LOS MENORES QUE REPORTAN, PROPORCIONAR EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA _____ _____ _____
CITATORIO:	FECHA: _____ HORA: _____
CANALIZACIÓN:	<input checked="" type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____ <input checked="" type="checkbox"/> INTERNA: _____ <input checked="" type="checkbox"/> EXTERNA: _____
OBSERVACIONES:	_____ _____ _____ _____ _____
NOTA	RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN SI () NO ()
	SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA: _____ _____
DATOS PERSONALES	<p align="center">SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO</p> <p>Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nombre del beneficiario, • Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física, • El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y • El monto recibido. <p>Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.</p> <p>*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos: SI () NO ()</p>
FIRMA	<p>FIRMA DEL USUARIO (A): _____ ATENDIÓ: _____</p> <p>_____</p>