

PROGRAMA RESCATE NUTRICO

FORMATO DE REGISTRO

DELEGACIÓN REGIONAL SEDIF: _____ 1. Fecha de Elaboración _____

2. Nombre de la posible beneficiaria(o)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

3. Fecha de Nacimiento: _____ 4. Teléfono: _____
Día Mes Año

5. Domicilio: Calle: _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Colonia _____ Referencia Domiciliaria: _____

Localidad _____ Municipio _____

6. Peso (Kg): _____ 7. Estatura (cm): _____

8. Nombre del tutor:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

9. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ INTEGRAR EL EXPEDIENTE Y ORDEN DE PRESENTACIÓN EN DONDC

- a. FORMATO DE REGISTRO (PRESENTE DOCUMENTO)
- b. CURP (COPIA)
- c. ACTA DE NACIMIENTO (COPIA OPCIONAL)
- d. ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DEL PROGRAMA (ORIGINAL)
- e. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL TUTOR
- f. COPIA DE COMPROBANTE DOMICILIARIO ACTUALIZADO
- g. DICTAMEN MÉDICO DE DESNUTRICIÓN (EMITIDO POR SS, ORIGINAL, EN HOJA MEMBRETADA, CON SELLO DE LA INSTITUCIÓN QUE LO EXPIDE Y NO. DE CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO)
- h. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Toda la documentación solicitada para la conformación del expediente es de carácter obligatorio, deberá ser entregada engrapada y en el orden que se indica. De faltar algún documento, el expediente no podrá ser considerado para evaluarlo y para su posterior ingreso al programa, siendo responsabilidad de la instancia que recaba la información y quien da la autorización.

ANTES DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SE DEBERÁ LEER EN PRESENCIA DE LA PERSONA O TUTOR, PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

10. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL TUTOR BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

11. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIÉNDOLA REVISADO Y AVALADO.

12. NOMBRE COMPLETO DE (LA) PRESIDENTA(E) DIF MUNICIPAL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO.BO.

13. NOMBRE COMPLETO DEL (LA) DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DE AUTORIZACIÓN.