|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE INFORMACION CONTRALORÍA SOCIAL****(ANEXO 6)****Programa de Becas Elisa Acuña****Para niñas y adolescentes en contexto de vulnerabilidad, agravada por el embarazo y la maternidad temprana, para el acceso, permanencia y conclusión de su educación básica****2020** |

 |
| Esta cédula es para el llenado de las/los integrantes del Comité o cualquier ciudadana que requiera información sobre el Programa. |
|  |
| 1. **DATOS GENERALES**
 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos de la persona solicitante de información: |  |
| Dirección: | Estado: |
| Municipio: | Localidad: |
| Teléfono: | Correo electrónico: |
|  |  |
| **El apoyo que recibe del programa es:** **(marque con una X)** | **Obra** |  |  | **Apoyo** |  |  | **Servicio** |  |

 |
| 1. **SI USTED ES INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS**
 |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Comité de Contraloría Social** |  | **Número de registro** |  | **Fecha de registro** |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |
| 1. **ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA DEL PROGRAMA**
 |
|

|  |
| --- |
|  |

 |
| **NOTA 1. CONSERVE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ENTREGUE LA ORIGINAL AL SERVIDOR PÚBLICO DE LA REPRESENTACIÓN FEDERAL DEL PROGRAMA Y SOLICITE QUE LE FIRME Y PONGA LA FECHA EN QUE SE LE RECIBE EN SU COPIA. DE SER POSIBLE SOLICITE QUE LE PONGAN SELLO.** |
| **NOTA 2. VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN SOLICITADA**  |
|  |
| **FECHA PROBABLE DE RESPUESTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre y firma o huella digital del que solicita la información |  | Nombre, cargo y firma delResponsable que recibe la solicitud de Información |

 |