**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA INTERNO**

**Y SEGURIDAD ESCOLAR DE PROTECCIÓN CIVIL**

Oaxaca de Juárez, Oaxaca a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| Bajo protesta de decir verdad, si los informes o declaraciones proporcionados por el particular resultan falsos, se aplicarán las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de las penas en que incurran aquellos que se conduzcan con falsedad de acuerdo con los ordenamientos legales aplicables. La actuación Administrativa de la autoridad y la de los interesados se sujetará al principio de buena fe. |

**Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales**

***Los datos personales recabados serán protegidos y tratados por la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Oaxaca. Así mismo dicho datos se utilizaran para vigilar y verificar administrativamente el cumplimiento de las disposiciones en materia de Protección Civil en el Estado, y podrán ser transmitidos en su caso, a la Defensoría de Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, la Secretaria de la Contraloría y Trasparencia Gubernamental del Estado, al Tribunal Superior de Justicia del Estado y a la Fiscalía General del Estado de Oaxaca , entre otras instancias jurisdiccionales que los requieran para el ejercicio de las atribuciones que las leyes del Estado de Oaxaca les confieren, además de otros casos previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Oaxaca.***

***El interesado podrá dirigirse a la Unidad de Enlace de la Coordinación Estatal de Protección Civil, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Oaxaca al teléfono: 018001707070.***

**\*DATOS DEL SOLICITANTE**

**Nombre**

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

**Domicilio para oír y recibir notificaciones**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| Calle/Avenida/Carretera/Calzada | | |  | | |  | |  | | | | | N° Interior |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | Colonia | | | | | | Municipio | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | | | |  | | | | |
| C.P. | Entidad |  | | Teléfono | | | | |  | | Correo Electronico | | | |  |
|  | | | |  | | | | |  | | | |  |

**Razón Social o Nombre de la Institución Educativa.**

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

**Domicilio de la Institución Educativa.**

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

**Datos del representante legal (en su caso)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |  |
| Documento con el que acredita su personalidad: | | | |

|  |
| --- |
| FUNDAMENTO JURÍDICO Artículo 1, 39 y 40 de la Ley General de protección Civil; numerales 74, 75, 76 y demás relativos de su reglamento, artículos 1, 2, 33, 35 fracción XXXIX; 69, 70 y 77 de la Ley de Protección Civil y Gestión Integral de Riesgos de Desastre para el Estado de Oaxaca. |

*\* Para ser llenado por el responsable del trámite:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REQUISITOS** | **Original\*** | **Copia\*** |
| Dictamen Estructural, Electrico y de Gas ( Director Responsable de Obra A) |  |  |
| Formato de Capacitación conforme al Comité de Seguridad Escolar. |  |  |
| Oficio expedido por la empresa encargada del mantenimiento de los extintores. |  |  |
| Continuidad de Operación o Licencia Comercial Municipal. |  |  |
| Formato de Responsiva por parte del encargado o propietario del inmueble. |  |  |
| Póliza de Seguro vigente |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Presentó los originales y copia para cotejo, solicitando la devolución de originales |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Interesado o Representante Legal**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Firma |  | **Recibió**  Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de Recepción :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Sello de Recepción |