

_____, Jalisco a _____ de _____ del año 2019.

Mtro. José Miguel Santos Zepeda
Secretario del Sistema de Asistencia Social del Estado de Jalisco.
Presente.

Yo _____,
con folio de pulsera: _____ FPU/JTRAM y mi núm. de Identificación Oficial _____
en mi carácter de beneficiario(a) del Programa “Jalisco te Reconoce, Apoyo a Personas Mayores” para el ejercicio
fiscal 2019, manifiesto que con la fecha indicada recibí por parte de la Secretaría del Sistema de Asistencia Social,
“SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVA”

DESCRIPCION

Consulta de Nutrición y Psicología.

De igual forma, le manifiesto que estoy consciente de que es mi obligación como beneficiario(a), no hacer uso
indebido de los apoyos que reciba y que deriven del Programa, estando consciente que será motivo de cancelación
inmediata del apoyo, incumplir con alguna de las obligaciones señaladas en las Reglas de Operación 2019.

Sin más por el momento, agradezco la atención a la presente, y quedo a sus órdenes para cualquier duda
o aclaración.

ATENTAMENTE

(NOMBRE Y FIRMA)

Beneficiario(a) del programa
“Jalisco te Reconoce, Apoyo a Personas Mayores”
Para el ejercicio fiscal 2019