

_____, Jalisco a _____ de _____ del año 2019.

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

Yo _____,

En mi carácter de beneficiario(a) del Programa “Jalisco te Reconoce, Apoyo a Personas Mayores” para el ejercicio fiscal 2019, hago constar que, con la fecha indicada al rubro, recibí como parte del programa, el servicio de **ANALISIS CLINICOS** como parte de los componentes del programa. Con numero de pulsera de identidad:

FPU/JTRAM _____ **y mi número de Identificación Oficial** _____

De igual forma, le manifiesto que estoy consciente de que es mi obligación como beneficiario(a) del Programa, 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, por lo cual me comprometo a no prestar, transferir, arrendar, enajenar, ceder o transmitir bajo ningún supuesto y/o concepto, dicho beneficio recibido.

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