**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

***SOLICITUD DE INGRESO***

 ***FOLIO No. (Se asigna conforme a registro interno del Departamento de Operación y Control del CENDI)***

*Oaxaca de Juárez, Oax; a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017****.***

***LIC. MARIELA YOLANDA MONTES GONZALEZ***

***COORDINADORA DEL CENDI SSP.***

***P R E S E N T E.***

****

*El (la) que suscribe C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Con domicilio particular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*y número telefónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*con nombramiento de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comisionado (a) al Departamento* 

*y/o Área de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con domicilio oficial en*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y número de teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*dependiente de la Secretaría de Seguridad Pública, solicito a usted de la manera más*

*atenta tenga a bien considerar la presente para que mi hijo (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años, \_\_\_\_meses pueda ingresar a este Centro de Desarrollo infantil de la Secretaria de Seguridad Pública que Usted tan dignamente representa.*

*Sin otro particular y en espera de verme favorecido (a) en mi petición le reitero mis más*

*sinceros agradecimientos.*

***RESPETUOSAMENTE***

ANEXAR A LA PRESENTE SOLICITUD LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

* Copia del Acta de Nacimiento del menor actualizada.
* Copia de los 2 últimos sobres de pago de Ambos Padres (original para cotejo)
* Constancia laboral de AMBOS PADRES con los siguientes datos:

Tipo de Nombramiento

Lugar de Comisión

Nombre de Jefe inmediato

Horario laboral

Fecha y hora de recibido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien recibe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N**OTA: La presente solicitud no garantiza el ingreso de su menor, esto dependerá del cupo máximo en cada sala, así mismo deberá traer la documentación en un plazo máximo de 8 días, de lo contrario estará en lista**

**de espera.**