



AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

La Secretaría de Educación Pública, a través del **Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No. 130 "Miguel Hidalgo y Costilla"**, adscrito a la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial y de Servicios (DGETI), en calle **Xicotencatl No. 204, Fracc. Los Fuentes, C.P. 34170, Durango, Durango.**; es el responsable del tratamiento de los datos personales que se recaben, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPPSO) y demás normatividad que resulte aplicable.

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES:

- Gestión y administración escolar.
- Trámites de movimientos de personal.
- Expedición de certificados y títulos.
- Integración de expedientes y bases de datos necesarias para los servicios solicitados.

TRANSFERENCIA DE DATOS:

Se informa que sus datos personales no serán transferidos, difundidos, ni distribuidos, salvo lo señalado en los artículos 16 y 64 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados vigente (LGPDPPSO). Sólo se realizarán las transferencias que sean necesarias para atender el ejercicio de las atribuciones encomendadas, con fundamento al artículo 17 del Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública.

DERECHOS ARCO (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN):

Usted puede ejercer estos derechos ante la Unidad de Transparencia de la SEP, ubicada en calle Donceles 100, Planta Baja, colonia Centro, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06020, Ciudad de México; o a través de la Plataforma Nacional de Transparencia: www.plataformadetransparencia.org.mx.

NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO:

Se informa al titular que los datos sensibles recabados, serán tratados bajo su autorización y consentimiento; sólo tendrán acceso a esta información el titular de los datos, sus representantes legales y los servidores públicos facultados para ello. Si desea negarse al tratamiento, puede enviar su solicitud al correo: dgeti_transparencia@dgeti.sems.gob.mx y unidadeenlace@nube.sep.gob.mx, siempre y cuando no sean indispensables para la prestación del servicio en cuestión.

CONSULTAR AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL:

A través del sitio: https://sep.gob.mx/es/sep1/Avisos_de_privacidad_integrales.

Fecha de última actualización: 21 de marzo de 2025.



2026
año de
Margarita
Maza



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Declaro que he leído y comprendido el presente Aviso de Privacidad Simplificado y manifiesto que he tenido la oportunidad de consultar el **Aviso de Privacidad Integral** a través del portal institucional. Por lo tanto, otorgo el consentimiento expreso e informado para que la DGETI trate los datos personales y sensibles de mi hijo(a) o representado(a), conforme a las finalidades y condiciones establecidos en dichos avisos.

Nombre completo del alumno(a):

Nombre completo del padre, madre o tutor:

Parentesco con el alumno(a):

Fecha:

Firma:





ENCUESTA DE SALUD

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA ENCUESTA
ES CONFIDENCIAL



APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

--	--	--

SEM. Y GRUPO: _____ CARRERA: _____ TURNO: _____

TELÉFONO PARA CASO DE EMERGENCIA: _____ CELULAR: _____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR: _____

TALLA: CH - M - G - XL - XXL _____ ESTATURA: _____

SELECCIONA UNA OPCIÓN

DETECCIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
TIPO DE SANGRE			
BAJA VISIÓN			
DISCAPACIDAD MOTRIZ			
USO DE PRÓTESIS			
USO DE LENTES			
SOBREPESO U OBESIDAD			
DEBILIDAD AUDITIVA			
EPILEPSIA			
DIABETES			
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE			
PIE PLANO			
TRATAMIENTO MÉDICO			
ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO			
APTITUDES SOBRESALIENTES			
REALIZAS DEPORTE			
TIENES UN EMPLEO			
TIENES HIJOS			
PADECES ALGUNA OTRA ENFERMEDAD O CONDICIÓN QUE AFECTE TU SALUD. ¿CUÁL?			

“AUTORIZO QUE EN CASO NECESARIO SE LE BRINDEN PRIMEROS AUXILIOS A MI HIJO (A)”

Firma del padre, madre o tutor



**SOLICITUD PARA LA INCORPORACIÓN DE ESTUDIANTES
AL SEGURO FACULTATIVO DEL RÉGIMEN DEL SEGURO SOCIAL.**



OFICINA DE SERVICIOS MÉDICOS.

DATOS DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

SEXO: 1) MASCULINO 2) FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO _____
DÍA MES AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO _____

CURP _____

SEMESTRE _____ GRUPO _____ TURNO _____ CARRERA _____

DOMICILIO _____
CALLE No COLONIA CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO CELULAR _____

NOMBRES DE LOS PADRES:

PADRE _____ LUGAR DE TRABAJO _____

MADRE _____ LUGAR DE TRABAJO _____

¿CUÁL CLÍNICA DEL IMSS ES LA MÁS CERCANA A SU DOMICILIO? _____

¿ADEMÁS DE ESTUDIAR TRABAJA? 1 (SI) 2 (NO) _____ ()

¿DE QUIÉN DEPENDE ECONÓMICAMENTE? 1) PADRES 2) CONYUGUE 3) OTROS _____ ()

¿EN QUÉ TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONÓMICAMENTE? _____ ()

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1) SERVICIO PÚBLICO | 6) AGRICULTOR ,GANADERO |
| 2) EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR | CAMPESINO, PESCADOR. |
| 3) PROFESIÓN U OFICIO POR SU CUENTA | 7) OBRERO |
| 4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL | 8) OTRO (ESPECIFIQUE) |
| 5) MARINO O MILITAR | _____ |

¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES
O DE SU CONYUGUE, EN ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD? _____ ()

1) SI

2) NO

¿QUÉ INSTITUCIÓN LE PROPORCIONA SERVICIOS MÉDICOS? _____ ()

- | | |
|---|--|
| 1) SEGURO SOCIAL | 5) PEMEX |
| 2) I.S.S.S.T.E. | 6) INSTITUCIÓN NACIONAL DE CRÉDITOS (BANCOS) |
| 3) SECRETARIA DE SALUD (SEGURO POPULAR) | 7) SECRETARIA DE MARINA |
| 4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL | 8) NINGUNA |

FECHA DE ELABORACIÓN _____

"BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS"

Número de Seguridad Social (si lo tiene) _____ FIRMA DEL ALUMNO _____