



Convenio modificatorio de cambio de beneficiario

Fecha de Ingreso:
día mes año

Fecha de Respuesta a la Solicitud:
día mes año

No. Folio:

Costo del Trámite:

II. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE.

Datos del Titular				
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre(s)		
Fraccionamiento / Colonia / Barrio / Ejido:	Calle:	Número Oficial:	Código Postal:	Teléfono Fijo / Celular:

Datos del Representante Legal (En caso de no ser el Titular)				
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre(s)		
Fraccionamiento / Colonia / Barrio / Ejido:	Calle:	Número Oficial:	Código Postal:	Teléfono Fijo / Celular:

III. DATOS GENERALES DEL INMUEBLE.

Calle:	Fraccionamiento / Colonia / Barrio / Ejido:	Número:	Lote:	Manzana:
--------	---	---------	-------	----------

IV. BENEFICIARIO (en caso de fallecimiento del Titular)

Nombre completo del Beneficiario:

V. REQUISITOS

Instrucciones: Indique el número de originales y copias que presenta el solicitante.

- | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|---|--|----------|-------|--------------------------|--------------------------|---|
| <table border="1"> <tr><td>Original</td><td>Copia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Original | Copia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Formato de solicitud. | <table border="1"> <tr><td>Original</td><td>Copia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Original | Copia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Acta de nacimiento del nuevo Beneficiario. |
| Original | Copia | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Original | Copia | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr><td>Original</td><td>Copia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Original | Copia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Identificación Oficial.
<small>(Credencial para votar, Pasaporte o Cédula Profesional)</small> | <table border="1"> <tr><td>Original</td><td>Copia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Original | Copia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. CURP Clave Única de Registro de Población del nuevo Beneficiario. |
| Original | Copia | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Original | Copia | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr><td>Original</td><td>Copia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Original | Copia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Identificación Oficial del nuevo Beneficiario.
<small>(Credencial para votar, Pasaporte o Cédula Profesional)</small> | <table border="1"> <tr><td>Original</td><td>Copia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Original | Copia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Poder notarial del representante legal (En caso de no ser el Titular).
<small>(Presentar el Poder Notarial acompañado de la identificación oficial del Apoderado)</small> |
| Original | Copia | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Original | Copia | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |

Razón por la que solicita el servicio:

Observaciones:

SELLO	Recibe	Solicitante
	Nombre y Firma	Nombre y Firma

Nota:

- Para la realización de este **Servicio**, el **solicitante** deberá presentar los documentos originales y 1 copia.
- Bajo protesta de decir verdad, el **solicitante** hace constar que la información vertida en este documento es verídica y autoriza al **Instituto Municipal de Vivienda de Irapuato, Guanajuato IMUVII**, para que la corrobore. En caso de que algún dato resultare falso, manifiesta estar de acuerdo en que se cancele el servicio a realizar, siendo responsable de los trámites que sean gestionados con dicha información, eximiendo de responsabilidades a este Instituto.
- Se recibe la documentación exclusivamente para su revisión, sin que esto implique compromiso alguno para el **IMUVII**. Caso contrario se comunicará al **solicitante** el seguimiento del servicio solicitado.

FTYS-DP-01



IMUVII
Instituto Municipal de
Vivienda de Irapuato

Fecha de Respuesta a la Solicitud:
día mes año

Servicio Solicitado: **Convenio modificatorio de cambio de beneficiario**

Atendió

Nombre y Firma

No. Folio:

Solicitante:

SELLO



Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 1, 2 fracción II Inciso b), 3 fracción I, II y VII del Capítulo Único, Título Primero Disposiciones Generales, así como en lo establecido en los artículos 34, 36, 37, 38, 40 y 42 del Capítulo I De los Principios, Título Segundo Principios y deberes, de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato, de conformidad con la última reforma publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato ejemplar 213, Segunda Parte de fecha 05 de diciembre del 2017, se hace de su conocimiento, lo siguiente:

① Denominación del Responsable:

Instituto Municipal de Vivienda de Irapuato, Guanajuato (en adelante el Instituto), Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Municipal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio en Avenida Revolución No. 179 Edificio Nieto primer piso Despacho 105 y 106, Zona Centro, Irapuato, Guanajuato, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se les dé a los mismos y de su protección.

② La finalidad del tratamiento de sus datos personales es:

- Integrar un registro, para efectos procesales de notificación, seguimiento y respuesta; de las personas que comparecen de forma personal o a través de un representante legal, para realizar algún trámite o servicio.
- Mantener un registro, para efectos estadísticos, de las personas que son beneficiadas con algún trámite o servicio derivado de los distintos Programas Institucionales vigentes.

③ De las Transferencias:

Se hace de su conocimiento que sus datos personales podrán ser transferidos y tratados por personas distintas a este Instituto. En ese sentido su información puede ser compartida con particulares que participan en el desarrollo de los trámites y servicios, así como otros Sujetos Obligados, siempre y cuando los datos se utilicen para el ejercicio de facultades propias de los mismos, además de otras transmisiones previstas en la Ley.

④ Mecanismos y medios disponibles para que el Titular de los datos personales pueda manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos personales:

- SI** otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean transferidos y tratados en los términos que señala el presente aviso de privacidad.
- NO** otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean transferidos y tratados en los términos que señala el presente aviso de privacidad.

Titular
Nombre y Firma

⑤ El sitio donde se podrá consultar el Aviso de privacidad integral.

El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet:
www.imuvii.gob.mx.

