**Programa de Prevención de Embrazo en la Adolescencia, Maternidad y Paternidad Responsable**

**"Bebé Virtual… Cuidado Real"**

Programa para prevenir el Embarazo en los Adolescentes

Escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre Grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En mi carácter de padre, madre o tutor de un estudiante apto para participar en el programa de paternidad/maternidad RealCare®, he leído y comprendo lo siguiente:

El programa de paternidad/maternidad RealCare® requerirá que mi hija o hijo sea el único cuidador del simulador infantil el Bebé RealCare® cuyos sonidos reproducen aquéllos de un bebé real. Esta experiencia ha sido diseñada para demostrar a mi hija o hijo el compromiso de tiempo completo que requiere el cuidado de un bebé. El bebé RealCare® requerirá cuidados durante el día y la noche.

Cuando el bebé llore será responsabilidad de mi hija o hijo atender sus necesidades. El llanto del bebé y las necesidades de cuidado pueden provocar que mi hijo o hija pierda horas de sueño y posiblemente el Bebé moleste a otros miembros de la familia. La falta de sueño puede causar somnolencia. No permitiré que mi hija o hijo conduzca si está demasiado cansado.

Me han informado las medidas de seguridad que mi hija o hijo deberá seguir respecto de la ID y el brazalete para evitar lesiones.

Me comprometo a que mi hijo (a) tome con seriedad este programa y a supervisar en buen uso de todos los componentes del bebé simulador a su cuidado.

El alumno deberá acatar lo dispuesto en el Reglamento interno del alumno, capítulo ll, art. 21, fracc x, y a su vez comprometerse que en caso de pérdida o extravío del simulador infantil Bebe RealCare®, me comprometo a cubrir el costo de dicho simulador.

Estoy consciente de la importancia de este programa y me comprometo a permitir que\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ participe en el programa de paternidad/maternidad Real Care®.

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los datos personales recabados en el presente formato de solicitud, serán protegidos, incorporados y tratados en el sistema de datos personales del ente público ante el cual se presenta, éstos no podrán ser difundidos sin el consentimiento de su titular. La finalidad de los datos aquí recabados es la gestión de la solicitud formulada, así como su uso para fines estadísticos. además usted podrá ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, así como la Revocación del Consentimiento en la Unidad Municipal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, ubicada en Calle 22 N° 91 Col. Centro C.P. 24100, Ciudad del Carmen, Campeche, en http://www.carmen.gob.mx/transparencia o a los teléfonos (938)3812870 Ext. 1164 y 1169. Además el interesado podrá dirigirse a la Comisión de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Campeche y sus Municipios, al teléfono: (981)1271780 y (981)8117953 o www.cotaipec.org.mx

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_