



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DEL MUNICIPIO DE ELOTA**

PROGRAMA INAPAM

**REQUISITOS PARA INGRESAR
AL PROGRAMA VOLUNTARIO DE EMPACADORES DE MERCANCIAS**

- 1. PARA EL TRAMITE ACUDIR A LAS INSTALACIONES DE LA CASA DEL ABUELO A LAS OFICINA DEL INAPAM:**

AL ACUDIR EL ADULTO MAYOR DEBE LLEVAR CONSIGO:

- **Credencial del INAPAM (1 copias)**
 - **Credencial del INE (1 copias).**
 - **Numero de Teléfono del Solicitante o bien de un familiar directo.**
- 2. LA COORDINADORA DARA A CONOCER DE MANERA GENERAL EL PROCESO PARA INGRESAR AL PROGRAMA, UNA VEZ INFORMADO, PASAR AL**
 - 3. LLENADO DE LA CARTA DE VINCULACION AL SISTEMA Y LA SOLICITUD DE VINCULACION PRODUCTIVA, EL RESTO DEL TRAMITE SE REALIZARA EN LA EMPRESA CON QUIEN INAPAM CELEBRA CONVENIO.**
 - 4. EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO.**

ATENTAMENTE

COORDINADORA DEL PROGRAMA INAPAM



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

**CARTA DE VINCULACIÓN AL SISTEMA VOLUNTARIO
DE EMPACADORES DE MERCANCIAS
FO-DFOPP-04-06**

Fecha:

Folio:

Nombre de la Empresa:

Nombre del Entrevistador de la Empresa:

Dirección:

Por este conducto me permito presentarles al C. como la persona Adulta Mayor afiliada a este Instituto, el cual nos realiza su solicitud de conformidad para su integración al Sistema Voluntario de Empacadores de Mercancía.

El firmante autoriza a este Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores a utilizar los datos personales descritos en la presente carta de vinculación, para única y exclusivamente informar a la empresa comercial, la afiliación correspondiente al Sistema Voluntario de Empacadores de Mercancía.

El firmante conoce y se compromete a cumplir cabalmente con la Lista de Actividades del Empacador Voluntario.

El firmante acepta respetar el Convenio de Colaboración celebrado entre el INAPAM y la empresa, el cual no constituye una relación laboral con el INAPAM, ni con la empresa en virtud de que las personas adultas mayores afiliadas al Instituto, no realizaran un trabajo ni estarán subordinadas a la empresa y/o al INAPAM, y en consecuencia no devengaran un salario.



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

Atentamente:	<hr/>	Firma:	
---------------------	-------	---------------	--

Es mi voluntad participar en el “Sistema Voluntario de Empacadores de Mercancía”, deslindando al INAPAM y a la Empresa receptora de la presente carta de cualquier responsabilidad laboral, civil, penal, administrativa o cualquier otra de que se le tratase de involucrar, en virtud de que el objeto *de incorporación al sistema voluntario de empacadores de mercancía* para las Personas Adultas Mayores consiste única y exclusivamente en informar a las empresas sobre las solicitudes de Vinculación realizadas por las Personas Adultas Mayores sin que ello implique una relación laboral con el Instituto.

	Firma de la persona mayor
--	---------------------------

EL TRAMITE DE VINCULACIÓN PRODUCTIVA ES GRATUITO: LOS SERVIDORES PÚBLICOS NO PUEDEN SOLICITAR, NI ACEPTAR NINGUN TIPO DE REGALO, OBSEQUIO O DADIVA POR MOTIVO DE SUS FUNCIONES.

***CUALQUIER QUEJA Y/O DENUNCIA, FAVOR DE REPORTARLA AL SIGUIENTE CORREO:
buzonafiliacion_vinculacion@inapam.gob.mx***

Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en La Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, artículo 13, fracción I, artículo 116 y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, artículo 31,32, 42 y 59 fracción V, 64 inciso D, 67,82 y 104 fracción I.



Folio No. Inicial

X

No. Credencial INAPAM		CURP	
Fecha de Solicitud			

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	
Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo		Entidad Federativa	
		HOMBRE	MUJER		
Delegación o Municipio			Dirección (Calle, exterior, interior)		
COLONIA	Código Postal	Teléfono	¿Esta pensionado?		
			SI	NO	
Régimen de Pensión				Especificar otra Pensión	
IMSS 1973 _____	IMSS 1997 _____	ISSSTE _____	OTRA _____		
¿Tiene alguna discapacidad?					
Ninguna _____	Sensoriales y de Comunicación _____	Motorices _____	Mentales _____		

ESCOLARIDAD

Señale cuál es su último grado de estudios (marque solo una opción y especifique la especialidad)					
Sin Instrucción ()	Leer y escribir ()	Primaria Certificada ()			
Secundaria Certificada ()	Técnicas o Comerciales Certificada ()	_____			
Preparatoria Certificada ()	Título Universitario ()	_____			

¿Habla otro idioma?	¿Tiene conocimiento en cómputo?
----------------------------	--





NO: SI _____ ¿Cuál? _____	NO _ SI ____ ¿Cuál?
---------------------------	---------------------

EXPERIENCIA LABORAL

¿Cuál fue el último trabajo o experiencia laboral?

Hago constar que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y que es mi voluntad adherirme al servicio de Vinculación Productiva para las Personas Adultas Mayores autorizando al INAPAM proporcionar mi información personal a empresas para poder contactarme con la finalidad de concursar por una oferta ocupacional o de empleo. Excluyo al INAPAM de cualquier responsabilidad laboral, civil, penal, administrativa o cualquier otra en virtud de que el servicio de Vinculación Productiva para las Personas Adultas Mayores consiste en informar a las empresas sobre la solicitud de Vinculación Productiva para las Personas Adultas Mayores sin que ello implique una relación contractual con el INAPAM.

EL TRAMITE DE VINCULACION PRODUCTIVA ES GRATUITO: LOS SERVIDORES PUBLICOS NO PUEDEN SOLICITAR, NI ACEPTAR CUALQUIER TIPO DE REGALO, OBSEQUIO O DADIVA POR MOTIVO DE SUS FUNCIONES. CUALQUIER ANOMALIA FAVOR DE DENUNCIARLA EN LOS SIGUIENTES NUMEROS TELEFONICOS 55241615 O 55346295

Nombre y Firma del Solicitante

Los datos que usted proporcione, serán protegidos en términos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, en consecuencia, para ponerlos a disposición del público cuando exista una solicitud de acceso a la información, se actuara en términos de lo previsto en la citada Ley y el área responsable de la información en este formato es la Jefatura del Departamento de Gestión y Seguimiento.

Observaciones:

Comentarios Adicionales	Atendió
	NOMBRE: FIRMA _____

