

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO DE SAN
LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
CONTROL OPERACIONAL
(ACTA DE RECHAZO DEL PROGRAMA)

PROGRAMA: Alimentación Escolar

Modalidad: caliente

MUNICIPIO

LOCALIDAD

NOMBRE DEL PLANTEL EDUCATIVO (cuando aplique)

CORREO ELECTRÓNICO

TEL. DEL PLANTEL ESCOLAR

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

DOMICILIO (Plantel educativo y/o Localidad)

LA COMPETENCIA DE LOS ASUNTOS SE REFIEREN A:

NIVEL ESCOLAR

NOMBRE DEL PLANTEL EDUCATIVO

NIVEL ESCOLAR	NOMBRE DEL PLANTEL EDUCATIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

LUGAR Y FECHA DE LEVANTAMIENTO DEL ACTA



PAG: FECHA:
2/3 ___/___/___

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
CONTROL OPERACIONAL
(ACTA DE RECHAZO DEL PROGRAMA)**

En la Comunidad _____ del Municipio _____ siendo las _____ horas del día _____ del mes _____ del año _____, reunidos en el plantel educativo y/o espacio alimentario _____, se lleva a cabo la asamblea convocada por representantes del Sistema DIF Municipal y/o DIF Estatal, con el propósito de realizar acuerdos Autoridades, Grupos Comunitarios y Comité en Espacios Alimentarios para determinar los motivos para el rechazo del Programa:

Correspondiente al ciclo escolar _____.

En el uso de la palabra a (el) C. _____ quien ostenta el cargo de _____ en representación del Sistema Municipal DIF y/o DIF Estatal, da a conocer a los asistentes el motivo de la reunión, informa a los mismos todo lo relacionado al Programa y manifiesta que mediante la presente acta, se llevará a cabo el **Rechazo del Programa**; para lo cual se procede a dar fe de que existen _____ asistentes a la asamblea.

Los participantes en este acto una vez que tienen conocimiento del objetivo de la asamblea, por voz de la (el) C. _____ del Sistema Municipal DIF y/o DIF Estatal, se comprometen a difundir con las personas beneficiarias el motivo del rechazo del programa.

Se dan a conocer los puntos a desarrollar en la **Reunión de rechazo del Programa**:

1. Instalación de la Asamblea.
2. Objetivo de la Asamblea.
3. Motivos de rechazo del Programa.
4. Recepción de documentos, mobiliario y equipo (cuando aplica).
5. Levantamiento de lista de asistencia.

A continuación, en el siguiente espacio se indican los acuerdos y compromisos establecidos de cada uno de los puntos enunciados:



PAG: 3/3 FECHA: ___/___/___

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
CONTROL OPERACIONAL
(ACTA DE RECHAZO DEL PROGRAMA)**

No habiendo otro asunto que tratar, se levanta la presente acta siendo las _____ horas del día, en fecha _____, firmando en ella los que intervinieron, así como los testigos de asistencia que dan fe de lo actuado.

IMPORTANTE: Se debe de adjuntar a la presente, “**REGISTRO DE ASISTENCIA**” a la Asamblea.

Autoridad Escolar

Autoridad Comunitaria

Directora(or) del Plantel Escolar

Juez y/o Comisariado Ejidal

Elabora

Valida

Responsable del DIF Estatal y/o SMDIF

Titular de la Delegación Regional y/o
Presidenta(e), Directora(or) y/o
Coordinadora(or) del SMDIF