

**PROGRAMA DE LA REFORMA EDUCATIVA
CICLO ESCOLAR 2017-2018**



ACUSE DE RECIBO DE TARJETA BANCARIA

Por medio del presente confirmo que recibí de conformidad, la tarjeta bancaria a través de la cual se recibirán los recursos que el Programa de la Reforma Educativa otorgará a la comunidad educativa de la escuela que se encuentra bajo mi responsabilidad.

*Fecha: _____

*CCT: _____

*Turno: _____

*Nombre de la escuela: _____

*Nombre del Director: _____

*Número de tarjeta: _____

*Número de Cuenta: _____

*Correo electrónico del Director: _____

*Número de celular del Director: _____

**Correo electrónico del Presidente del CEPS: _____

**Número de celular del Presidente del CEPS: _____

Nombre y firma de quien recibe la tarjeta
(Director de la escuela)

Nombre y firma del Presidente del CEPS
(Testigo)

* Datos obligatorios

** Datos opcionales

*Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.*