**RECIBO DE ENTREGA DE APOYO**

En el municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2024.

Quien suscribe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificándome con el documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hago constar que recibí** por parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, el apoyo que a continuación se describe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lo anterior por ser persona de recursos económicos limitados, con necesidad de apoyo asistencial.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma de quien recibe** |  | **Lic. Elizabeth Francisco Ávila**  **Directora de Asistencia e Integración Social del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana** |  |

|  |
| --- |
| **Teléfono de contacto del beneficiario** |