Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la Organización de**  **la Sociedad Civil a la que pertenece:** | | | |
|  | | | |
| Nombre | | | |
| Dirección: | | | |
|  | |  | |
| Calle y número de casa | | Colonia | |
|  |  | |  |
| Código Postal | Localidad | | Municipio |
|  | | | |
| Nombre del representante legal | | | |
|  | |  | |
| No. de teléfono | | Correo electrónico | |
|  | | | |
| Tipo de discapacidad que atiende la organización de la sociedad civil | | | |
|  | | | |
| Objetivo de la organización de la sociedad civil | | | |
|  | | | |
| Acciones que realiza la organización de la sociedad civil | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos personales de candidato de**  **la Organización de la Sociedad Civil:** | | | | | |
|  | |  | | |  |
| Nombre(s) | | Apellido Paterno | | | Apellido Materno |
|  | | | Mujer (\_\_\_) Hombre(\_\_\_) | | |
| Fecha de nacimiento (dd/mmmm/aaaa) | | | Sexo | | |
|  | | |  | | |
| No. de teléfono | | | Correo electrónico | | |
|  | | | | | |
| Dirección: | | | | | |
|  | | |  | | |
| Calle y número de casa | | | Colonia | | |
|  |  | | |  | |
| Código Postal | Localidad | | | Municipio | |
|  | | | | | |
| **Información como integrante de**  **la Organización de la Sociedad Civil** | | | | | |
|  | | | | | |
| Antigüedad en la Organización de la Sociedad Civil | | | | | |
|  | | | | | |
| Cargo dentro de la Organización de la Sociedad Civil | | | | | |
|  | | | | | |
| Principales acciones que realiza para la organización de la sociedad civil | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documentación anexa (✓)** | |
|  | Copia del testimonio notarial, inscrito en el Registro Público de Personas Morales, que acredite a la Organización de la Sociedad Civil a la que pertenezca, que cuenta con al menos 3 (tres) años de haberse constituido legalmente como persona moral. |
|  | Comprobante del domicilio legal en el estado de Campeche, de la Organización de la Sociedad Civil, con vigencia no mayor a tres meses. |
|  | Copia del Acta de Asamblea, debidamente protocolizada, en la que conste el carácter del representante legal de la Organización de la Sociedad Civil, quien firma la postulación. |
|  | Copia de la identificación oficial vigente del candidato y del representante de la Organización de la Sociedad Civil (credencial de elector, pasaporte o cédula profesional). |
|  | Evidencia (fotografías, constancias de participación, entre otros) de que el candidato cuenta con conocimiento y trabajo relevante, de al menos 2 (dos) años, en materia de promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Representante legal de la Organización de la Sociedad Civil que hace la postulación |  | Candidato de la Organización de la Sociedad Civil |
|  |  |  |
| (Nombre completo y firma) |  | (Nombre completo y firma) |