

Anexo 1. Formato de registro para personas con discapacidad

Fecha:

1. Información de la persona con discapacidad que solicita el registro

Instrucciones: Este apartado deberá llenarlo en los espacios en blanco, con los datos que se soliciten.

1.1. Nombre completo

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre o nombres:

1.2. Domicilio y datos de contacto:

1.2.1. Calle y número exterior y/o interior:

1.2.2. Colonia:

1.2.3. Alcaldía:

1.2.4. Código postal:

1.2.5. Entidad federativa:

1.2.6. Teléfono fijo:

1.2.7. Teléfono celular:

1.2.8. Correo electrónico (para recibir la información antes, durante y después del proceso de convocatoria):

1.3. Especificar uno de los cinco tipos de discapacidad al que desean postularse (en caso de vivir la condición de discapacidad múltiple, favor de señalar la discapacidad en la que se desea postular)

Instrucciones: Marque con un tache, número o letra el tipo de discapacidad al que desea postularse. Nota: sólo podrá seleccionar una opción.

Física / motriz () Intelectual () Psicosocial ()

Sensorial (auditiva, visual o sordoceguera) ()

1.4. Describa de forma breve los motivos por los que desea ser integrante del Consejo Consultivo

Descripción de motivos:

1.5. Nombre completo, firma autógrafa o huella dactilar y fecha

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, tener conocimiento del carácter honorífico con el que participaría en el Consejo Consultivo de resultar electa o electo, y, en consecuencia, que no recibiré remuneración o vínculo laboral alguno con el Gobierno de la Ciudad de México. Asimismo, manifiesto conocer las bases de la presente convocatoria y por lo tanto señalo expresamente que respetaré el resultado final.

Ciudad de México, a 00 de mes de 2025

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA POSTULANTE