

Anexo 2. Formato de registro para Organizaciones de la Sociedad Civil de y para personas con discapacidad

Fecha:

1. Información de la o el representante legal de la organización que se postula

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

1.1. Nombre completo de la persona representante de la organización que se postula

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre o nombres:

1.2. Bajo protesta de decir verdad

Instrucciones: Marque con un tache, número o letra según corresponda.

1.2.1. ¿La Organización de Sociedad Civil que se postula cuenta con al menos 5 años constituida con poder notarial?

Sí () No ()

1.2.2. ¿Cuenta con algún documento que demuestre la personalidad jurídica de la Organización de la Sociedad Civil que postula?

Sí () No ()

¿Cuál?: _____

1.2.2. Especificar uno de los cinco tipos de discapacidad al que desean postular (en caso de trabajar la condición de discapacidad múltiple, favor de señalar la discapacidad en la que se desean postular)

Instrucciones: Marque con un tache, número o letra el tipo de discapacidad al que desean postularse. Nota: solo podrán seleccionar una opción.

Física / motriz () Intelectual () Psicosocial ()

Sensorial (auditiva, visual o sordoceguera) ()

1.2 Nombre completo, firma autógrafa o huella dactilar y fecha

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, tener conocimiento del carácter honorífico con el que la organización que represento participaría en el Consejo Consultivo en caso de resultar electa, y, en consecuencia, que no se recibirá remuneración o se generará vínculo laboral alguno con el Gobierno de la Ciudad de México. Asimismo, señalo que la organización que represento cuenta con más de cinco años de experiencia en materia de discapacidad y que conozco las bases de la presente convocatoria por lo cual señalo expresamente que respetaré el fallo de los resultados finales.

Ciudad de México, a 00 de mes de 2025

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE POSTULANTE