

FORMATO CSC-1 SOLICITUD DE REGISTRO DE CONSTITUCIÓN DE SOCIEDADES COOPERATIVAS

El grupo solicitante deberá colocar sus datos en el presente formato y anexar la documentación solicitada en la convocatoria a efecto de participar en el subprograma.

FOLIO:

Este formato deberá ser llenado con letra de molde legible. Los datos serán integrados en bases de datos para realizar el análisis de viabilidad de la solicitud y serán protegidos conforme a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás normatividad aplicable. La información vertida en este formato es de carácter obligatoria para procesar su solicitud y bajo protesta de decir verdad. El representante será elegido por el grupo y será el encargado de los trámites consecuentes ante la Dirección General de Empleo y Participación de la Secretaría de Trabajo. De conformidad con la Ley General de Sociedades Cooperativas los grupos deberán integrarse por cuando menos cinco personas.

Nombre del Grupo Organizado:

	Fecha								
		D	D	M	M	A	A	A	A

DATOS DEL GRUPO										
Municipio							Teléfono de contacto (10 dígitos)			
Total de integrantes	Número de mujeres	Número de hombres	Actividad productiva							
Tipo de Sociedad Cooperativa a Constituir		Producción de Bienes y/o Servicios		Consumo de Bienes y/o Servicios		Producción y Consumo				
Teléfono alternativo						Correo electrónico				
DOMICILIO FISCAL DE LA SOCIEDAD COOPERATIVA A CONSTITUIR										
Calle				Número exterior				Número interior		
Colonia				Localidad						
Entre calles										
¿Tiene otras sedes?	Sí		No		Razón o denominación social					
Propuesta de nombre 1										
Propuesta de nombre 2										
Propuesta de nombre 3										
Propuesta de nombre 4										



DATOS DE LAS Y LOS SOCIOS

Participante	Nombre completo	Edad	Sexo (H/M)	¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos?				
				Persona en situación de violencia (SI/NO)	Población indígena (SI/NO)	Población afrodescendiente (SI/NO)	Jóvenes (18 a 29 años) (SI/NO)	Adulto mayor (60 años en adelante) (SI/NO)
Representante								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Participante	Persona con discapacidad (SI/NO)	Persona preliberada (SI/NO)	RFC	Dirección (calle, número, colonia, municipio)
Representante				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				



12			
13			
14			
15			
Participante	Número telefónico	Correo electrónico	CURP
Representante			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			



Participante	Ocupación	Lugar de Nacimiento	Estado Civil	Firma
Representante				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE RECIBE LA DOCUMENTACIÓN