

FORMATO FES-24: SOLICITUD DE REGISTRO DE FORMACIÓN DE EMPRENDIMIENTOS SOCIALES

La persona 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: FES-24-

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 proporcionada en este formato es de carácter obligatoria para procesar su solicitud y bajo protesta de decir verdad. La fecha de inicio y el lugar de la capacitación será informada con antelación, utilizando los datos de contacto vertidos en el presente. Es imperativo que la persona solicitante sea productora de algún bien o servicio, preferentemente de carácter social, basado en las vocaciones de su región.

Nombre del Emprendimiento Social o Cooperativa

	Fecha								
		D	D	M	M	A	A	A	A

DATOS PERSONALES											
Nombre (s)			Primer apellido			Segundo apellido					
Fecha de nacimiento		Edad	Sexo		Lugar de nacimiento	Pertenece a población indígena					
Día	Mes	Año				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
			Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>		¿Cuál? _____					
CURP											
¿Tiene alguna discapacidad?											
Ninguna ()		Motriz ()		Visual ()		Auditiva ()		Intelectual ()		Habla ()	Otras: _____
¿Es migrante?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Es adulto mayor (60 años o más)?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Es joven (de 18 a 29 años)?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Es preliberado y busca la reinserción social?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Es afrodescendiente?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha sido víctima de violencia?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Datos de contacto											
Teléfono celular:					Correo electrónico:						
Teléfono alternativo:					Correo electrónico alternativo:						
Domicilio actual											
Calle			Número exterior		Número interior		Colonia				

Nota: Los datos de contacto son obligatorios; el número de teléfono será verificado por la Dirección General de Empleo y Participación y en caso de no poder contactarle a través de alguno de los medios de contacto proporcionados, no se podrá brindar el apoyo.

Municipio		Localidad				Código Postal	
Actividad productiva							
¿Cuál es su último grado de estudios y en su caso, qué estudió?		¿Qué produces?					
Señale el tipo de giro de producción							
Actividades agroindustriales		Textiles		Artesanías		Cosmética y Cuidado del cuerpo	
Señala el tipo de Emprendimiento Social al que pertenece							
Ejido o Unión Ejidal		Comunidad o Unión de Comunidades		Sociedad Cooperativa de productores de bienes		Grupo productivo no constituido	
Sociedad de Producción Rural		Fondos de Aseguramiento Agropecuario y Rural		Unión Artesanal		Asociación Civil	
EVENTOS DE COMERCIALIZACIÓN							
Desea participar en eventos para la comercialización				SI		NO	
Nombre del emprendimiento social o sociedad cooperativa							
¿Qué productos comercializa?							

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos.

Atendiendo al principio de "consentimiento" consagrado en el artículo 16 y de conformidad con lo señalado en el artículo 20, ambos de la "Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados" y de los artículos 1,8,9,14 y 16 de la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla", expreso mi voluntad, específica e informada, para que se efectúe el tratamiento de mis datos personales por la Dirección General de Empleo y Participación de la Secretaría de Trabajo para los fines consistentes en apoyo para la capacitación en competencias laborales. Adicionalmente, declaro que he sido informado sobre que podré ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), de conformidad con la normativa aplicable ante la Secretaría de Trabajo.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____