

## FORMATO CSC-24 SOLICITUD DE REGISTRO DE CONSTITUCIÓN DE SOCIEDADES COOPERATIVAS

La sociedad cooperativa 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:** CSC-24-

**Fecha:**

D	D	M	M	A	A	A	A

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 las personas que integran la cooperativa y será el encargado de los trámites consecuentes ante la Dirección General de Empleo y Participación de la Secretaría de Trabajo.

**Nombre del Grupo:**

--

DATOS DEL GRUPO							
Municipio				Región			
Total de Integrantes	Número de mujeres	Número de Hombres	¿Cuál es la actividad productiva del grupo?				
0	0	0					
Teléfono de contacto (10 dígitos)			Teléfono alternativo			Correo electrónico	
DOMICILIO FISCAL DE LA SOCIEDAD COOPERATIVA A CONSTITUIR							
Calle				Número exterior			
Colonia o localidad				Municipio			C.P.
DATOS DEL NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL							
Razón o denominación social							
Propuesta de nombre 1							
Propuesta de nombre 2							
Propuesta de nombre 3							
Propuesta de nombre 4							

**CAPITAL SOCIAL DE LA COOPERATIVA**

Monto de Aportación por cada Socio		Total de Capital Social de la S.C.	\$	-
------------------------------------	--	------------------------------------	----	---

**CARGOS DENTRO DE LA SOCIEDAD COOPERATIVA**

Representante Legal	
---------------------	--

LLENA ESTE APARTADO LA S.C. TIENE 10 O MÁS SOCIOS

LLENA ESTE APARTADO LA S.C. TIENE DE 5 A 9 SOCIOS

Presidente del Consejo de Administración		Administrador	
Secretaria/o del Consejo de Administración		Comisionado de Vigilancia	
Vocal del Consejo de Administración		Comisionado de Educación	
Presidente del Consejo de Vigilancia			
Secretaria/o del Consejo de Vigilancia			
Vocal del Consejo de Vigilancia			
Presidente del Consejo de Educación			
Secretaria/o del Consejo de Educación			
Vocal del Consejo de Educación			

**DATOS DE LAS Y LOS SOCIOS**

	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	CURP	RFC	Ocupación	Sexo	Género	Estado Civil
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

	Persona con discapacidad	Persona preliberada	¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos?			Número telefónico	Correo electrónico	Firma
			Persona en situación de violencia	Población indígena	Población afrodescendiente			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

---

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE RECIBE LA INFORMACIÓN