

**ANEXOS**

**FORMATO DE REGISTRO**

Lugar y fecha de la solicitud		No. de Solicitud	
-------------------------------	--	------------------	--

**I. Datos de la persona solicitante**

Nombre (s)			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de nacimiento		Nacionalidad	
CURP		RFC	
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Calle			
Entre qué calles		N° Exterior	
		N° Interior	
Colonia		Código Postal	
Localidad		Municipio	
Entidad			
Teléfono		Correo electrónico	
Contacto de emergencia (Nombre, parentesco y número)		Medio de notificación autorizado	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> WhatsApp

II. Datos del núcleo familiar					
Nombre de la pareja					
Actividad económica					
Dependientes económicos					
Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Habita con usted
La casa donde habita es	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada				

III. Datos de medio de comunicación	
Medio de comunicación	
Domicilio	
¿El medio de comunicación se encuentra en su domicilio particular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puesto, cargo o función	
N° de integrantes en el medio	
Teléfono	
Correo	
Sitio web	
Redes sociales del medio:	¿Labora en otros medios de comunicación? ¿Cuáles?
Facebook:	
Instagram:	
X:	
Otra:	

III. Información complementaria			
Grupo étnico		Religión	
Identidad de género		Afiliación partidista	
Organización y/o colectivo de periodistas		Padecimiento de salud	
		Derechohabiente	<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Ninguno
Medio de transporte que utiliza para el desarrollo de sus actividades		<input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Transporte público	
En caso de que cuente con vehículo propio para trasladarse, rinda las características del mismo:			
Marca		Modelo	Color
¿Cuenta con alguna actividad económica adicional?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál?			

Forma de Contacto con la Comisión			
PERSONAL <input type="checkbox"/>	ESCRITO <input type="checkbox"/>	TELÉFONICA <input type="checkbox"/>	CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/>

Hechos			
Fecha		Hora	
Localidad		Municipio	
Resumen de los Hechos			
Relate las circunstancias de modo, tiempo y lugar, antes, durante y después de los hechos. En caso de contar con alguna constancia o documento ministerial, jurisdiccional o de organismos nacionales de derechos humanos en donde se dé cuenta del mismo, anexarlo al presente formato.			

C. NOMBRE Y FIRMA  
**TITULAR DE LA UNIDAD DE PRIMER CONTACTO Y ATENCIÓN INMEDIATA DE LA CEAPP**

C. NOMBRE Y FIRMA DE LA  
**PERSONA PETICIONARIA**