ANEXO 1. SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y RELACIÓN DE LAS Y LOS APRENDICES DEL PROGRAMA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_de 2024.

LICDA. BERTA RUTH ARREOLA RUIZ

SECRETARIA DE INTERCULTURALIDAD, PUEBLOS Y

COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROMEXICANAS

PRESENTE

Quien suscribe \_\_\_(Nombre de la o el Terapeuta o práctico de medicina tradicional indígena y/o afromexicana)\_\_\_\_, del municipio\_(Nombre del municipio)\_\_\_\_\_, localidad de\_\_(Nombre de la localidad)\_\_\_\_ de la manera más atenta solicito participar en el PROGRAMA DE PRESERVACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE MEDICINA TRADICIONAL DE LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROMEXICANAS, “SABERES DE MEDICINA TRADICIONAL”, para el ejercicio 2024, considerando lo siguiente:

|  |
| --- |
| MUNICIPIO: |
| LOCALIDAD: |
| INDÍGENA (\_\_) | AFROMEXICANO (\_\_) |
| LENGUA INDÍGENA Y VARIANTE: |
| NOMBRE DEL GRUPO:  |

Para lo anterior, entrego la relación de las y los aprendices.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Núm. | Nombre de la o el aprendiz | Edad | Firma |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

Número de contacto (Obligatorio): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico (Obligatorio): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL TERAPEUTA O PRÁCTICO DE MEDICINA TRADICIONAL

ANEXO 2. CONSTANCIA DE ORIGEN Y VECINDAD

**(Hoja membretada del municipio)**

A\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024.

LICDA. BERTA RUTH ARREOLA RUIZ

SECRETARIA DE INTERCULTURALIDAD, PUEBLOS Y

COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROMEXICANAS

PRESENTE

Quien suscribe C. (Nombre de la autoridad) , (Cargo de la autoridad , perteneciente a la localidad (Nombre de la localidad); del Municipio de (Nombre del Municipio) ;

H A G O C O N S T A R

Que la o el C. (Nombre completo de la o el Terapeuta o práctico de medicina tradicional indígena y/o afromexicana o aprendiz), es originaria (o) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y vecina o vecino de esta comunidad y tiene su domicilio en (calle, número, colonia, comunidad indígena y/o afromexicana).

Se expide la presente a los días del mes de del año , para los efectos legales a que haya lugar.

A T E N T A M E N T E

C. Secretaria/o municipal o en su defecto autoridad auxiliar.

(Nombre, firma y sello oficial)

ANEXO 3. CARTA AVAL DE RECONOCIMIENTO COMO TERAPEUTA O PRÁCTICO DE MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA Y/O AFROMEXICANA

**(Hoja membretada del municipio o institución)**

A\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024.

LICDA. BERTA RUTH ARREOLA RUIZ

SECRETARIA DE INTERCULTURALIDAD, PUEBLOS Y

COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROMEXICANAS

PRESENTE

Quien suscribe C. (Nombre de la autoridad) , (Cargo de la autoridad, perteneciente a la localidad (Nombre de la localidad); del Municipio de (Nombre del Municipio) ;

H A G O C O N S T A R

Que la o el C. (Nombre completo de la o el Terapeuta o práctico de medicina tradicional indígena o afromexicana), es reconocido(a) como Terapeuta o práctico de medicina tradicional de este municipio y cuenta con amplia, ética y probada trayectoria.

Se expide la presente a los días del mes de del año , para los efectos legales a que haya lugar.

A T E N T A M E N T E

C. Autoridad municipal y/o en su defecto autoridad auxiliar.

(Nombre, firma y sello oficial)

## **ANEXO 4. PLAN DE TRABAJO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL GRUPO |  |
| INDÍGENA (\_\_) | AFROMEXICANO (\_\_) |  |
| LENGUA INDÍGENA Y VARIANTE (Solo si aplica) |  |
| MUNICIPIO |  |
| FECHA DE ELABORACIÓN |  |

**\*La planeación debe de ser a 8 semanas (2 meses).**

**\*Únicamente rellenar las fechas que se darán los talleres.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SEMANA | DÍA DE LA SEMANA | TEMA | ACTIVIDADES | ESTRTEGIA DIDÁCTICA | MATERIAL UTILIZADO |
| **1** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre y firma de la o el Terapeuta o práctico de medicina tradicional indígena y/o afromexicana |  | Nombre, cargo, firma y sello oficial de la autoridad municipal o auxiliar |

**ANEXO 5. CARTA COMPROMISO GRUPAL MANIFESTANDO EL INTERÉS POR APRENDER LA MEDICINA TRADICIONAL DE SU COMUNIDAD, POR PARTE DE LA O EL APRENDIZ.**

A\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024.

LICDA. BERTA RUTH ARREOLA RUIZ

SECRETARIA DE INTERCULTURALIDAD, PUEBLOS Y

COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROMEXICANAS

PRESENTE

Quienes suscribimos pertenecientes al grupo (Nombre del grupo) del municipio (Nombre del municipio), de la comunidad indígena y/o afromexicana \_\_(Nombre de la comunidad indígena y/o Afromexicana), declaramos nuestro compromiso e interés por aprender nuestra saberes de la medicina tradicional indígena y/o afromexicana, asimismo nos comprometemos a participar desde el principio hasta finalizar el curso, a cumplir con las actividades establecidas en el Plan de Trabajo y entregar un trabajo final como resultado del aprendizaje.

Por su atención, gracias.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y firma de la o el Aprendiz | Nombre y firma de la o el Aprendiz |
| Nombre y firma de la o el Aprendiz | Nombre y firma de la o el Aprendiz |
| Nombre y firma de la o el Aprendiz | Nombre y firma de la o el Aprendiz |
| Nombre y firma de la o el Aprendiz | Nombre y firma de la o el Aprendiz |
| Nombre y firma de la o el Aprendiz | Nombre y firma de la o el Aprendiz |

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL TERAPEUTA O PRÁCTICO DE MEDICINA TRADICIONAL