SOLICITUD DE REGISTRO Y EXPEDICIÓN DE LA CEDULA DE AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL A PERSONAS FISICAS O MORALES QUE ACREDITEN LAS COMPETENCIAS Y CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL; PERSONA MORAL

Oaxaca de Juárez, Oaxaca a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| Bajo protesta de decir verdad, si los informes o declaraciones proporcionados por el particular resultan falsos, se aplicarán las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de las penas en que incurran aquellos que se conduzcan con falsedad de acuerdo con los ordenamientos legales aplicables. La actuación Administrativa de la autoridad y la de los interesados se sujetará al principio de buena fe. |

**Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales**

***Los datos personales recabados serán protegidos y tratados por la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Oaxaca. Así mismo dicho datos se utilizaran para vigilar y verificar administrativamente el cumplimiento de las disposiciones en materia de Protección Civil en el Estado, y podrán ser transmitidos en su caso, a la Defensoría de Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, la Secretaria de la Contraloría y Trasparencia Gubernamental del Estado, al Tribunal Superior de Justicia del Estado y a la Fiscalía General del Estado de Oaxaca , entre otras instancias jurisdiccionales que los requieran para el ejercicio de las atribuciones que las leyes del Estado de Oaxaca les confieren, además de otros casos previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Oaxaca.***

***El interesado podrá dirigirse a la Unidad de Enlace de la Coordinación Estatal de Protección Civil, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Oaxaca al teléfono: 018001707070.***

**\*DATOS DEL SOLICITANTE**

**Nombre**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |  |

**Domicilio para oír y recibir notificaciones**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Calle/Avenida/Carretera/Calzada |  |  |  | N° Interior |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  Colonia |  Municipio |  |  |
|  |  |  |  |
| C.P. | Entidad |  |  Teléfono |  | Correo Electrónico |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| FUNDAMENTO JURÍDICOArticulo 78 de la Ley de Protección Civil y Gestión Integral de Riesgos de Desastre para el Estado de Oaxaca. |

*\* Para ser llenado por el responsable del trámite:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REQUISITOS** | **Original\*** | **Copia\*** |
| Nombre completo (Copia fotostática de identificación oficial) y nombre de la Persona Moral |  |  |
| Domicilio y teléfono (comprobante de domicilio) Logo de la Empresa |  |  |
| 2 Fotografías tamaño infantil a color de los integrantes de la Persona Moral |  |  |
| Copia Fotostática de R.F.C. |  |  |
| Curriculum Vitae actualizado de todos los integrantes |  |  |
| Oficio de Descripción de Actividades para las que desea obtener registro |  |  |
| Certificado de Estudios del Carretera Técnico Básico de Gestión Integral de Riesgos de Desastres  |  |  |
| Certificados de Estudios expedidos por Secretaria de Educación Publica |  |  |
| Inventario y equipo que será utilizado durante la instrucción |  |  |
| Tarifas para los diferentes servicios que prestar sus servicios |  |  |
| Registro como Agente Capacitador, expedido por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social |  |  |
| Formato de Diploma que vaya a expedir a los participantes |  |  |
| Formato de Documento de Programas Internos de Protección Civil |  |  |
| Formato de Documento de Plan de Continuidad de Operaciones |  |  |
| Formato de Estudios de vulnerabilidad y formato de Riesgos es materia de Proteccion Civil  |  |  |
| Contenidos Tematicos / Plan de sesion de instrucción de los cursos a impartir. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Presentó los originales y copia para cotejo, solicitando la devolución de originales |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Interesado** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Firma |  | **Recibió**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Recepción :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Sello de Recepción |