Solicitud de Acreditación de Observación

Instituto Electoral del Estado de Sinaloa

Con fundamento en la Base I, de la Convocatoria para participar como observadora u observador de las actividades del proceso de Consulta Previa, Libre e Informada a los Pueblos y comunidades Indígenas del Estado de Sinaloa, en Materia de Autoadscripción Calificada y Acciones Afirmativas, para la postulación de candidaturas a Cargos en Ayuntamientos y Diputaciones para el Proceso Electoral 2023-2024, solicito se me acredite como observadora u observador.

Nombre: _____
Apellido paterno *Apellido materno* *Nombre(s)*

Fecha de nacimiento: _____ Edad:_____ Nivel de estudios:_____

Domicilio actual: _____
Calle *Número exterior* *Número interior*

_____
Colonia o Localidad *C.P.* *Municipio* *Entidad federativa*

Teléfono/Celular: _____ Correo electrónico: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro/Prefiero no decirlo

Clave de la credencial para votar: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Si solicita acreditación por medio de una institución u organización:

Nombre de la organización _____

Nombre del representante legal de la organización _____

Correo electrónico de la organización o su representante: _____

Teléfono/Celular del representante de la organización: _____

Para conocer el aviso de privacidad integral, consulte el portal de internet: https://www.ieesinaloa.mx/?page_id=71845

_____ a _____ de junio de 2023
Lugar *día*

_____
Firma de la persona solicitante

Corte aquí para entregar comprobante a la persona capacitada

✂……..

Comprobante del curso de capacitación a observadoras y observadores

Anote agrupación en caso de pertenecer a una

Nombre: _____ _____

Municipio: _____ _____

Fecha: _____

_____
Nombre y firma de la persona que impartió el curso