

**FORMATO 1. SOLICITUD DE REGISTRO**

|  |  |                                       |  |                                  |                                   |                               |
|--|--|---------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRE(S)  |  | APELLIDO PATERNO                      |  | APELLIDO MATERNO                 |                                   |                               |
| CLAVE DE ELECTOR   |  | CURP                                  |  | SEXO O EXPRESIÓN DE GÉNERO       |                                   |                               |
| RFC  |  | NOMBRE COMO QUIERE SER ENCUESTADO     |  |                                  |                                   |                               |
| CORREO ELECTRÓNICO*  |  |                                       |  |                                  |                                   |                               |
| AUTOADSCRIPCIÓN A UN GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA POR ACCIÓN AFIRMATIVA |  |                                       |  |                                  |                                   |                               |
| <input type="checkbox"/> Pueblos Indígenas                               | <input type="checkbox"/> Pueblos Afromexicanos | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Diversidad Sexual | <input type="checkbox"/> Pobreza | <input type="checkbox"/> Migrante | <input type="checkbox"/> Otro |

**CARGO AL QUE ASPIRA:**

DIPUTACIÓN LOCAL DE MAYORÍA RELATIVA EN EL ESTADO DE COAHUILA DE ZARAGOZA

**DISTRITO LOCAL:**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| LUGAR                | FECHA                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**DOMICILIO:**

|                      |                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| ESTADO               |                      | MUNICIPIO            |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| CALLE                | NÚM. EXTERIOR        | NÚM. INTERIOR        |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| COLONIA              |                      | CÓDIGO POSTAL        |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| TELÉFONO PARTICULAR  | TELÉFONO CELULAR     | MILITANTE O EXTERNO  |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |

TIEMPO DE RESIDENCIA

AÑOS

MESES

\*El correo electrónico señalado en este documento es al que se refiere el numeral 1, inciso f., de la BASE SEGUNDA de la convocatoria.

Declaro, bajo protesta de decir verdad, que he leído la Convocatoria respectiva y que cumplo con los requisitos constitucionales, legales y estatutarios exigidos por dicho instrumento. Asimismo, manifiesto mi conformidad y aceptación con las bases, etapas y reglas que rigen el proceso interno del partido **morena**.

**FIRMO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA AUTÓGRAFA