|  |
| --- |
| DATOS GENERALES DE LA PERSONA ASPIRANTE |
| Nombre(s) | **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** |
|  |  |  |
| Género | Masculino Femenino |
| Tipo de discapacidad: |  |

**TIPO DE CARGO AL QUE BUSCA POSTULARSE**

 Ayuntamiento Gubernatura Diputación

|  |  |
| --- | --- |
| Distrito | Ayuntamiento |
|  |  |

|  |
| --- |
| DATOS DE CONTACTO |
| Correo electrónico: |
|  | Teléfono (s) |  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL AUXILIAR |
| Nombre (s) | **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** |
|  |  |  |
| Género |  Masculino Femenino |
| Domicilio |  | Edad:  |  |
| CURP |  | **RFC** |  | **CLAVE DE ELECTOR** |  |

|  |
| --- |
| DATOS DE CONTACTO |
| Correo electrónico: |
| Teléfono (s) | Casa | Celular | Oficina |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Nombre del Auxiliar |  Firma del Auxiliar |