



Municipalidad Distrital de Comas
Gerencia de Participación Vecinal
S/G Acreditaciones de Organizaciones Sociales

Zonal:

SOLICITO: Inscripción al Proceso del
Presupuesto Participativo Basado en
Resultados en el Distrito de Comas
Año Fiscal 2019
COMO ORGANIZADO

Señor
Dr. MIGUEL ANGEL SALDAÑA REÁTEGUI
Alcalde de la Municipalidad Distrital de Comas
S.A.

Yo, ----- identificado con D.N.I. N° -----
(Llenar en el recuadro nombre y apellidos del directivo o representante acreditado)

con domiciliado real en -----
----- del distrito de Comas, en calidad de -----
(Registrar el nombre del cargo Directivo u otro similar)

De la Organización Social -----
(Nombre de la Organización social u otros)

----- reconocido con R.G N° ----- ó Registro SUNARP N° -----
ú Otros

(Especificar) ----- de fecha -----
(Registrar el N° Exp. Adm.) (Registrar la fecha de la R.G ó FR ó EA)

SOLICITO a Ud. nuestra inscripción al Proceso del Presupuesto Participativo Basado en Resultados en el Distrito de Comas año fiscal 2019, conforme a lo señalado en la Ordenanza Municipal N° 540/MC; presentamos a nuestros dos (02) delegados: 01 delegado **Titular** y 01 delegado **Suplente**:

1. ----- **TITULAR** D.N.I. N° -----

2. ----- **SUPLENTE** D.N.I. N° -----

Adjunto al presente los siguientes requisitos:

- Acta de designación de los dos (2) delegados (01 Titular y 01 Suplente) y copia Resolución Gerencial o Ficha Registral o Copia Exp. Adm.).

Por lo tanto pido a Ud. atender mi solicitud al haber cumplido con los requisitos establecidos en las normas arriba mencionadas.

Comas, ----- de -----2018

Atentamente,

FIRMA

DNI N°

TELEFONO :

**FICHA DE INSCRIPCIÓN DE AGENTES PARTICIPANTES AL PROCESO DEL
PRESUPUESTO PARTICIPATIVO BASADO EN RESULTADOS 2019**

APELLIDOS Y NOMBRES:

.....

N° DNI: **FECHA DE NACIMIENTO:**/...../.....

GENERO: Masculino Femenino

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Técnico	<input type="checkbox"/>	Bachiller	<input type="checkbox"/>
Licenciado	<input type="checkbox"/>	Magister	<input type="checkbox"/>
		Titulado	<input type="checkbox"/>
		Doctor	<input type="checkbox"/>

PROFESION:

CORREO ELECTRONICO:

TIPO DE ORGANIZACIÓN:

Junta o comité vecinal	<input type="checkbox"/>	Club de madres	<input type="checkbox"/>
Comedor popular	<input type="checkbox"/>	Comité del vaso de leche	<input type="checkbox"/>
Sindicato	<input type="checkbox"/>	Organización de Mujeres	<input type="checkbox"/>
Organización de jóvenes	<input type="checkbox"/>	Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza	<input type="checkbox"/>
Asociación-Gremio empresarial	<input type="checkbox"/>	Iglesia	<input type="checkbox"/>

Otros:

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:

CARGO:

PERTENECE AL COMITÉ DE VIGILANCIA: Si No