



## ANEXO 3 PROGRAMA DE MANEJO DE ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS (PROMANP) FORMATO DE SOLICITUD DE APOYO COMPONENTES:

## FORTALECIMIENTO DE ÁREA NATURAL PROTEGIDA Y MONITOREO BIOLÓGICO EJERCICIO FISCAL 2017

	Fecha de solicitud		
	r cond de sononda		
1 Señale con una "X" el Componente a solicita	r:		
FORTALECIMIENTO DE ANP	MONITOREO BIOLÓGICO		
2 Concepto de apoyo solicitado (deberá usar u	n formato por cada concepto de apoyo):		
3 Monto solicitado (en número y letra):			
\$			
4. Denominación o rozón cocial del Calicitantes			
4 Denominación o razón social del Solicitante:			
5 Domicilio Fiscal del Solicitante:			
6 Correo electrónico:			
o. Gorred electronico.			
7 No. y fecha del Acta Constitutiva o descripción del documento de creación (Decreto, Estatutos, Reglamento Interior, Ley Orgánica o cualquier otro instrumento de creación, mencionando su fecha de publicación oficial) y, en su caso, del instrumento jurídico que modifique el acta constitutiva:			
8 Registro Federal de Contribuyentes de la ins	titución solicitante:		
o	and of the state o		





9 Clave Unica de Inscripción al Registro Federal de Organizaciones de la Sociedad Civil (si corresponde):
10 Nombre y cargo del representante legal:
11 Documento con el cual el representante legal acredita que cuenta con las facultades necesarias:
12 Identificación oficial vigente del representante legal (Tipo y Número):
13 Domicilio para recibir notificaciones (si difiere del domicilio fiscal):
14 Teléfonos de contacto (incluir clave LADA):
( )
15 El representante legal de la persona moral solicitante declara bajo protesta de decir verdad que ésta se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones fiscales (marcar solo UNA opción):
□ SI. □ NO.
16 El representante legal de la persona moral solicitante declara bajo protesta de decir verdad que no ha recibido, ni solicitará apoyos de otros programas federales para los mismos conceptos de apoyo o que impliquen duplicidad de acciones, en caso de resultar designado como Persona Beneficiaria de los apoyos solicitados en este programa (marcar solo UNA opción):
□ SI. □ NO.
17 El representante legal de la persona moral solicitante declara bajo protesta de decir verdad que cuenta con las facultades correspondientes para la firma de la presente solicitud y, en caso de resultar designado como Persona Beneficiaria, del Convenio de Concertación correspondiente, y que dichas facultades a la fecha no le han sido revocadas, modificadas o limitadas (marcar solo UNA opción):
□ SI. □ NO.





•	ales establecidos para	a los Componentes	nico están enterados de s de Fortalecimiento de urcar solo UNA opción):.
☐ SI.	□ NO.		
el suscrito acepta que to	odas las comunicacione cen por correo electrónic	es y notificaciones o co y se compromete	cedimiento Administrativo, que se relacionen con el a otorgar por la misma vía
☐ SI.	□ NO.		
•	nanifiesto bajo protesta	de decir verdad que	samente ante autoridades los datos proporcionados
Ejecución del PROMANP	en sus Componentes F nismo, acepto sujetarme	ortalecimiento de Al estrictamente a dich	los Lineamientos para la NP y Monitoreo Biológico, os Lineamientos y a todos establecen.
	Nombre y firma del re	presentante legal	