SEMARNAT
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

CONANP
COMISIÓN NACIONAL DE ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS

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

1.- Señale con una "X" el Componente a solicitar:

FORTALECIMIENTO DE ANP ☐ MONITOREO BIOLÓGICO ☐

2.- Concepto de apoyo solicitado (deberá usar un formato por cada concepto de apoyo):

3.- Monto solicitado (en número y letra):

$

4.- Denominación o razón social del Solicitante:

5.- Domicilio Fiscal del Solicitante:

6.- Correo electrónico:

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 institución solicitante:

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."

9.- Clave Única 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.

18. Que el Representante Legal, así como el Responsable Técnico están enterados de cada uno de los numerales establecidos para los Componentes de Fortalecimiento de ANP y de Monitoreo Biológico de los presentes Lineamientos (marcar solo UNA opción):.

☐ SI. ☐ NO.

19.- En los términos del artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, el suscrito acepta que todas las comunicaciones y notificaciones que se relacionen con el presente proyecto se realicen por correo electrónico y se compromete a otorgar por la misma vía los acuses de recibo correspondiente (marcar solo UNA opción):

☐ SI. ☐ NO.

Sabedor de las penas a que se hacen acreedores quienes declaran falsamente ante autoridades distintas a las judiciales, manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados por mí, contenidos en este documento, son ciertos y reales.

Manifiesto que a la firma de la presente solicitud, he leído y entiendo los Lineamientos para la Ejecución del PROMANP en sus Componentes Fortalecimiento de ANP y Monitoreo Biológico, Ejercicio Fiscal 2017. Asimismo, acepto sujetarme estrictamente a dichos Lineamientos y a todos y cada uno de los términos, procedimientos y requisitos que en ellos se establecen.

Nombre y firma del representante legal