

LUGAR Y FECHA:

| |
|---|
| NOMBRE DEL OBSERVATORIO CIUDADANO: |
| POLITICA PÚBLICA A OBSERVAR: |

DATOS DEL CIUDADANO SOLICITANTE

| | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|---|--|
| APELLIDOS Y NOMBRES | | | |
| No. DE CÉDULA | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| NACIONALIDAD | Ecuatoriano <input type="checkbox"/> | Extranjera <input type="checkbox"/> | |
| GÉNERO | Masculino <input type="checkbox"/> | Femenino <input type="checkbox"/> | GLBTI <input type="checkbox"/> |
| AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA | Mestizo <input type="checkbox"/> | Afrodescendiente <input type="checkbox"/> | Indígena <input type="checkbox"/> Montubio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |
| DIRECCIÓN DOMICILIO | Ciudad | Provincia | Calle Nro. |
| NÚMERO TELÉFONO | Casa | Oficina | Celular |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | | |

OCUPACIÓN ACTUAL

| | | |
|-----------------------|-----------|-------------------|
| INSTITUCIÓN - EMPRESA | ACTIVIDAD | TIEMPO DE TRABAJO |
| | | |

EN CASO DE PERTENECER A UNA ORGANIZACIÓN

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---|
| NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN | NATURALEZA DE LA ORGANIZACIÓN | | |
| | DE HECHO <input type="checkbox"/> | DE DERECHO <input type="checkbox"/> | |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN | RUC DE LA ORGANIZACIÓN | | |
| DIRECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN | CIUDAD | PROVINCIA | CALLE NÚMERO |
| | | | |

| REQUISITOS PARA SER OBSERVADORA/ OR | CUMPLE | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| a) Encontrarse en el ejercicio de derechos de participación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) En el caso de representantes de personas jurídicas o de organizaciones sociales se requiere el documento de representación o delegación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Documento que exprese que ninguno de sus miembros tiene conflicto de intereses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| NO PODRAN SER OBSERVADORA/ OR QUIENES TENGAN LAS SIGUIENTES INHABILIDADES | CUMPLE | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| a) Laborar en la entidad donde se va a observar la política pública | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Tener contratos vigentes con la entidad a ser observada, como persona natural o socio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Tener algún conflicto directo o indirecto de interés o cualquier tipo de vinculación con la política pública a ser observada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Estar vinculado por matrimonio, unión de hecho, o parentesco dentro del tercer grado de consanguinidad o segundo de afinidad, a quienes cuya gestión y observancia, sea objeto del observatorio ciudadano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Adeudar dos pensiones alimenticias, conforme certificación judicial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) No haber cumplido con las medidas de rehabilitación ordenadas por autoridad competente en los casos de violencia intrafamiliar o de género | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Ser directivo de un partido o movimiento político y ejercer actividades proselitistas en relación al objeto y naturaleza del observatorio ciudadano. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Adjuntar copia de cédula ciudadanía, copia de papeleta de votación; en caso de representante de persona jurídica o de organizaciones sociales se debe adjuntar el documento de representación o delegación, señalando además en el mismo que ninguno de sus miembros tiene conflicto de interés.

***Autorizo al Consejo de Participación Ciudadana y Control Social el uso de mis datos personales**

Declaro bajo juramento que la información proporcionada es cierta y puede ser sujeta a revisión.

Firma del Solicitante

Firma de Responsable del CPCCS