



FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN

(SOLICITUD DE INGRESO DE VÍCTIMAS AL REGISTRO ESTATAL)

La información contenida en este documento tiene el carácter de CONFIDENCIAL, con fundamento en los artículos 113 fracciones I y III de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 23 fracción VI, y 93 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos del Estado de Michoacán de Ocampo.

Fecha de desclasificación: No está sujeta al plazo de vencimiento, de conformidad con los artículos 1, 6, 7, 8, y 9 de la Ley Federal Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares; artículos 2 fracción V, 3 fracción I, III, IX, XX; 4, 6, y 23 de la Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de sujetos obligados; artículos 2 fracción V, VII a), b), X, XI, 3, 9, 14 y 15 del Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; artículo 97 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Michoacán de Ocampo.

De conformidad con el artículo 46 de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Michoacán de Ocampo "La solicitud de inscripción de la víctima no implica su ingreso definitivo al Registro..." EL REGISTRO ES SÓLO PARA LA VÍCTIMA Y NO OTORGA BENEFICIOS PARA EL REPRESENTANTE.

I. DATOS GENERALES DEL/LA SOLICITANTE

Lugar de la solicitud: _____ Fecha solicitud: ___ / ___ / ____

La presente solicitud se realiza por

Víctima Directa, Indirecta O Potencial. Víctima a través de familiar O persona de confianza. Servidor /a publico / a O autoridad Representante legal.

II. DATOS DE LA VICTIMA

Nombre(s): _____

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer Otro

Nacionalidad: _____ CURP: _____

Lugar de nacimiento: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Otro: Divorciado(a) Viudo (a) Unión libre Concubinato Separado (a) Otro: _____

Presenta identificación: Si No En caso de No, por qué? _____

Tipo de identificación: Elector Licencia de manejo Cartilla Militar Pasaporte INAPAM

INSEN Credencial escolar Otra: _____

III. DOMICILIO ACTUAL																	
Calle:		No. Exterior		No. Interior													
Código Postal:		Colonia:															
Localidad:		Municipio:															
Entidad federativa:		Es de su Propiedad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No													
Teléfonos:																	
Observaciones del domicilio:																	
Tipo de Víctima:	<input type="checkbox"/> Directa	<input type="checkbox"/> Indirecta	<input type="checkbox"/> Potencial	<input type="checkbox"/> No víctima													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">En caso de ser víctima indirecta o no víctima, proporcionar el nombre de la víctima directa.</th> <th style="width: 20%;">Relación con el Solicitante</th> <th style="width: 20%;">Edad víctima Directa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						En caso de ser víctima indirecta o no víctima, proporcionar el nombre de la víctima directa.	Relación con el Solicitante	Edad víctima Directa									
En caso de ser víctima indirecta o no víctima, proporcionar el nombre de la víctima directa.	Relación con el Solicitante	Edad víctima Directa															
IV. LUGAR Y FECHA DE LOS HECHOS																	
Calle:		No. Exterior		No. Interior													
Código Postal:		Colonia:															
Localidad:		Municipio:															
Entidad federativa:		Fecha de los hechos:	___/___/___														
País:																	

VI. OBSERVACIONES DEL/A SERVIDOR/A PÚBLICO/A O AUTORIDAD QUE LLENA EL FORMATO

Tipo de daño sufrido: Físico Psicológico Sexual Patrimonial Otro: _____

Observaciones: _____

Cuáles son las necesidades que requiere cubrir como consecuencia del hecho victimizante?

Médica Psicológica Jurídica Otra: _____

VII. AUTORIDADES QUE HAN CONOCIDO LOS HECHOS

INVESTIGACION MINISTERIAL. Denunció ante el Ministerio Público? Sí No Fecha: ___ / ___ / ___

Competencia Federal Local Entidad Federativa _____

Delito _____

Agencia MP _____ Numero A.P./C.I./A.C _____

Estado de la investigación _____

PROCESO JUDICIAL FECHA DE INICIO DEL PROCESO JUDICIAL ___ / ___ / ___

Competencia Federal Local Entidad Federativa _____

Delito _____

No. juzgado _____ Numero de proceso _____

Estado del proceso judicial _____

PROCEDIMIENTOS ANTE ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

Presentó queja, petición u otro tipo de solicitud ante organismos de derechos humanos		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Competencia	<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Internacional
Organismo			
Violación a Derechos Humanos			
Autoridad responsable			
Tipo de resolución			
<input type="checkbox"/> Recomendación <input type="checkbox"/> Conciliación <input type="checkbox"/> Medidas precautorias Otra: _____			
Folio			
Estado Actual			

OTRAS AUTORIDADES

VIII. FIRMAS

I. Información del Trámite

Tiempo máximo de respuesta a la solicitud: La presente solicitud deberá tramitarse en un plazo máximo de 3 meses de conformidad con lo previsto en el artículo 17 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. Transcurrido el plazo señalado, se entenderá la no inscripción al registro. A petición del/la interesado/a, se deberá expedir constancia de tal circunstancia dentro de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud respectiva ante la Dirección del Registro Estatal de Víctimas.

Nombre, firma y huella dactilar del
solicitante y/o víctima

Nombre y firma y/o huella dactilar del representante
para el registro

Nombre, firma y cargo del servidor público que atendió la solicitud

Sello de la dependencia o institución

AVISO DE PRIVACIDAD

La Comisión Ejecutiva Estatal de Atención de Víctimas (CEEAV), con domicilio en calle General Mariano Arista No. 300, Colonia Chapultepec Oriente, C.P: 58260. En Morelia, Michoacán, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.

Su información personal será utilizada para proveer los servicios de atención que ha solicitado en el Formato Único de Declaración (FUD), informarle sobre cambios en los mismos y evaluar la calidad del servicio que le brindamos. Para las finalidades antes mencionadas en el presente aviso de privacidad, podemos recabar sus datos personales y los considerados como sensibles contenida en el FUD que tiene carácter de CONFIDENCIALIDAD, con fundamento en los artículos 3 Fracción II y III, 23, 24 fracción VI, 37, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los artículos 53, 54, 56 y 57 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Michoacán de Ocampo.

Fecha de desclasificación: No está sujeta al plazo de vencimiento, de conformidad con el artículo 37 del Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y 55 fracción III de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Michoacán de Ocampo.

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos que hemos implementado. Para conocer dichos procedimientos, los requisitos y plazos, se puede poner en contacto con nuestra Dirección de Registro de Víctimas en calle General Mariano Arista No. 300 local 07, Colonia Chapultepec Oriente, C.P: 58260. Morelia, Michoacán. Tel. (443) 31414 82, correo electrónico: verónica.roman.ceeav@michoacan.gob.mx.

Asimismo, le informamos que sus datos personales pueden ser transferidos y tratados dentro del país, por personas distintas a esta Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas. En ese sentido, su información puede ser compartida con otras Dependencias con las cuales se celebre convenio, para beneficio de la víctima. Si usted no manifiesta su oposición para que sus datos personales sean transferidos, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello.

No consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala el presente aviso de privacidad.

Cualquier modificación a este aviso de privacidad podrá consultarla en La Comisión Ejecutiva Estatal de atención de Víctimas.