SOLICITUD: **Tercero Acreditado**

**Persona Moral**

Ciudad y Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lic. Ánuar Dáger Granja**

SECRETARIO DE PROTECCIÓN CIVIL

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE

P R E S E N T E

Con fundamento en lo establecido en los artículos 90, 91, 92, 93, 94, 95 y 96 de la Ley de Protección Civil, prevención y atención de desastres del Estado de Campeche, Campeche y de su reglamento en el Título Décimo, arts. 146, 147, 150, 151, 152, 153 y 154, solicito a usted que me sea **(otorgada, para nuevo registro, renovada para prórrogas)** la Cédula de número **(Número de Registro / en caso de primera vez únicamente solicitar el registro)** para la prestación de servicios:

**(De las tres modalidades disponibles elija la que sea pertinente a su solicitud)**

1. Para la asesoría, capacitación, evaluación y elaboración de programas internos y externos o especiales de protección civil, los cuales incluirán capacitación a sus brigadas internas y externas, así como la elaboración de planes de emergencia, de seguridad y protección civil para eventos y espectáculos públicos masivos y de programas de continuidad de operaciones.
2. Para la asesoría, capacitación, evaluación y elaboración de estudios o análisis de vulnerabilidad y riesgos.
3. Para la verificación de condiciones de seguridad de bienes inmuebles, estructuras, instalaciones y equipos.

Para ello, presento la información relativa a **empresa**, a efecto de que se valore y determine si cuenta con los elementos técnicos y legales que permitan el **(otorgamiento / Renovación)** del Registro solicitado.

**DATOS DE LA EMPRESA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre o razón social |  | Calle |
|  |  | Int.  | Ext.  |  |  |
| Calle  |  | Número |  | Colonia |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Código Postal |  | Población  |  | Estado |  | Correo Electrónico |

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Apellido Paterno |  | Apellido Materno |  | Nombre(s)\* |
|  |  | Int.  | Ext.  |
| Calle\* |  | Número |
|  |  |  |  |  |
| Colonia  |  | Código Postal |  | Población\* |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Estado\* |  | Tel. particular\* |  | Tel. celular\* |  | Correo electrónico |

**DATOS DE LOS CAPACITADORES ADSCRITOS:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Apellido Paterno |  | Apellido Materno |  | Nombre(s)\* |
|  |  | Int.  | Ext.  |
| Calle\* |  | Número |
|  |  |  |  |  |
| Colonia  |  | Código Postal |  | Población\* |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Estado\* |  | Tel. particular\* |  | Tel. celular\* |  | Correo electrónico |

De igual forma, manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados son fidedignos, se encuentran vigentes y que conozco los requisitos que se disponen para la integración del expediente.

**Nombre y Firma del Solicitante**

**(Representante Legal)**