



— H. CUERPO DE —
REGIDORES



REGISTRO PARA LA ENTREGA DE CALCAS VEHICULARES PARA EL TRASLADO DE PERSONAS AUTISTAS O NEURODIVERGENTES

Programa impulsado por el Regidor Adrián García, presidente de la Comisión de Salud del XXV Ayuntamiento de Ensenada.

La información proporcionada será utilizada exclusivamente para integrar el padrón de beneficiarios del programa de entrega de calcas vehiculares para personas autistas o neurodivergentes y será tratada conforme a la legislación aplicable en materia de protección de datos personales.

DATOS DEL PADRE (Y/ O TUTOR)

Nombre completo: _____

Parentesco: _____

CURP (opcional): _____

Teléfono celular: _____

Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

DATOS DE LA MADRE (Y/ O TUTOR)

Nombre completo: _____

Parentesco: _____

CURP (opcional): _____

Teléfono celular: _____

Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

DOMICILIO

Calle: _____

Número: _____

Colonia: _____

Delegación: _____

Código Postal: _____





— H. CUERPO DE —
REGIDORES



DATOS DE LA PERSONA AUTISTA O NEURODIVERGENTE

Persona 1

Nombre completo: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

Nivel de apoyo (si aplica): _____

Persona 2

Nombre completo: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

Nivel de apoyo (si aplica): _____

Persona 3

Nombre completo: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

Nivel de apoyo (si aplica): _____

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

Propietario del vehículo: _____

Marca: _____

Modelo: _____

Color: _____

Año: _____

Número de serie (VIN) (opcional): _____

ASOCIACIÓN O INSTITUCIÓN

Asociación a la que pertenece: _____

Nombre del representante (si aplica): _____





— H. CUERPO DE —
REGIDORES



☐ No pertenece a una asociación.

DOCUMENTOS ANEXOS

☐ Copia de identificación oficial (INE) del padre, madre o tutor.

☐ Copia del diagnóstico médico o psicológico que acredite la condición de autismo o neurodivergencia.

☐ Tarjeta de circulación del vehículo.

☐ Otro documento: _____

En caso de emergencia contactar a: _____

AUTORIZACIÓN

Declaro que la información proporcionada es verdadera y autorizo su utilización exclusivamente para fines relacionados con el programa de entrega de calcas vehiculares para personas autistas o neurodivergentes.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

