**Formulario de postulación para el premio Manuela Espejo**

**1.- DATOS PERSONALES DE LA POSTULANTE:**

**Nombres y Apellidos: (Incluir nombre social o de auto identificación en caso de tenerlo)**

Nombres

Apellidos

**Cédula de identidad / Pasaporte:**

**Teléfono convencional o celular:**

**Correo electrónico:**

**Dirección domiciliaria:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERTENENCIA DE GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA** | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** | **DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO** |
| Persona adulta mayor |  |  | Mayor a 65 años de edad | cédula de identidad / pasaporte |
| Niña y adolescente |  |  | Menor a 18 años de edad | cédula de identidad / pasaporte |
| Mujer o adolescente embarazada |  |  |  | certificado médico |
| Posee una Discapacidad |  |  | Porcentaje: \_\_\_\_\_\_\_ | carnet de discapacidad /cédula identidad |
| Es persona privada de libertad |  |  |  | certificado de permanencia emitido por la autoridad nacional |
| Movilidad Humana |  |  |  |  |
| Pueblos y Nacionalidades |  |  |  |  |
| Diversidades sexo genéricas |  |  |  |  |
| Adolece una enfermedad catastrófica o de alta complejidad, raras o huérfanas |  |  |  | certificado médico, dentro de las enfermedades catalogadas por el MSP |

**3. SECCIÓN PONDERADA:**

# **3.1. Actividades generales realizadas**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHAS** | | | **NOMBRE DE INSTITUCIÓN, FUNDACIÓN, ONG, ASOCIACIÓN, ORGANIZACIÓN, COLECTIVO O A TITULO PERSONAL** | **TIPO DE PARTICIPACION, CARGO, NOMBRE DEL PROYECTO, ETC.** | **ACTIVIDADES REALIZADAS**  **(RESUMIDAS CON MÁXIMO DOS PARRAFOS )** | **DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO QUE ADJUNTA** |
| DESDE | HASTA | Nº meses/ años |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**3.2. Actividades específicas realizadas**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHAS** | | | **NOMBRE DE INSTITUCIÓN, FUNDACIÓN, ONG, ASOCIACIÓN, ORGANIZACIÓN, COLECTIVO O A TITULO PERSONAL** | **TIPO DE PARTICIPACION, CARGO, NOMBRE DEL PROYECTO, ETC.** | **ACTIVIDADES REALIZADAS**  **(RESUMIDAS CON MÁXIMO DOS PARRAFOS )** | **DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO QUE ADJUNTA** |
| DESDE | HASTA | Nº meses/ años |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 1. **Reconocimientos**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL RECONOCIMIENTO** | **TEMÁTICA** | **FECHA** | **TIPO DE RECONOCIMIENTO (certificado, nota de prensa, mención de honor, Etc.)** | **NIVEL TERRITORIAL (local, provincial, nacional, internacional)** | **MEDIO DE VERIFICACIÓN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. **Iniciativa, idea, propuesta a ser implementada en el DMQ, para el desarrollo de los derechos de las mujeres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÁMBITO DE DESARROLLO DE DERCHOS DE LAS MUJERES** | **DESCRIBIR BREVEMENTE LA INICIATIVA, IDEA, PROPUESTA** | **MEDIO DE PRESENTACIÓN** |
| Prevención de violencias contra mujeres y promoción de derechos |  |  |
| Atención a mujeres sobrevivientes de violencias |  |  |
| Protección de derechos de mujeres sobrevivientes de violencias |  |  |
| No revictimización a sobrevivientes de violencias de violencias y reparación a mujeres, y recuperación del proyecto de vida frente al suceso de violencia |  |  |

**DECLARACIÓN:** DECLARO BAJO JURAMENTO Y RESPONSABILIDAD QUE, todos los datos que incluyo en el **Formulario de postulación,** son verdaderos y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que autorizo a que sea sujeta de verificación y asumo cualquier responsabilidad futura. Acepto que esta postulación sea anulada en caso de comprobar falsedad o inexactitud en alguna de sus partes, y me sujeto a las normas establecidas por la Institución y otras disposiciones legales vigentes.

**Nombre de la postulante Firma**

**Lugar y fecha de presentación:** -------------------------------------------------

**Indique el Número de hojas que adjunta ----------------**

**IMPORTANTE:** Entregar este formulario con todos sus adjuntos en forma digital; si es remitido de forma física, la documentación debe ser entregada en sobre sellado, en una carpeta con separadores acorde con la secuencia de los documentos solicitados y debidamente foliados.

Recibido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_