

## FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN

Fecha de clasificación: ____/____/____/Unidad Administrativa: _____
<b>CONFIDENCIAL: Fundamento Legal:</b> Artículo 3 fracción VI y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Durango y fracción VIII, del artículo 5 y 112 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.
<b>Fecha de desclasificación:</b> No está sujeta a 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 39 fracción VIII del Reglamento de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Durango. _____ <b>Rúbrica del Titular del Director del Registro Estatal de Víctimas.</b>

<b>Solicita que sus datos personales sean tratados como información confidencial</b>	[ Si ]	[ No ]
--	--------	--------

Folio :		Fecha de la solicitud:			
---------	--	------------------------	--	--	--

<b>Tipo de víctima:</b>	DD ____ MM ____ AAAA		
	Individual [ ]	Grupo o Comunidad [ ]	
	Directa [ ]	Indirecta [ ]	Potencial [ ]

DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA DIRECTA					
Nombre completo:				¿Es menor de edad?	[Si] [No]
Sexo:	[Mujer] [Hombre] [Otro]	Fecha de nacimiento:	Día / Mes / Año	Edad:	Años
País de nacimiento:	[México] [Otro:] _____	Entidad federativa:			
Identificación presentada:			Curp:		

DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA INDIRECTA					
Nombre completo:				¿Es menor de edad?	[Si] [No]
Sexo:	[Mujer] [Hombre] [Otro]	Fecha de nacimiento:	Día / Mes / Año	Edad:	Años
País de nacimiento:	[México] [Otro:] _____	Entidad federativa:			
Identificación presentada:			Curp:		
Parentesco con víctima directa					

DOMICILIO ACTUAL DE LA VÍCTIMA DIRECTA			
Calle:			Número Exterior:
Número interior:			Código postal:
Colonia:			Localidad y municipio

DOMICILIO ACTUAL DE LA VÍCTIMA INDIRECTA			
Calle:			Número Exterior:
Número interior:			Código postal:
Colonia:			Localidad y municipio

INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Teléfono móvil:			Teléfono fijo:
Correo electrónico:			Fax:



**FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN**

¿Cuáles son las necesidades que requiere cubrir como consecuencia del hecho victimizante?			
Médica [ ]	Psicológica [ ]	Jurídica [ ]	Otra [ ] Especifique:
¿Ha realizado algún tipo de gasto?			Sí [ ] No [ ]
¿Cuenta con documentos que detallen el daño sufrido con motivo del hecho victimizante?			Sí [ ] No [ ]
En caso afirmativo, enliste los documentos:			
¿Ha solicitado y/o recibido apoyo por parte de otra institución por los hechos victimizantes?			Sí [ ] No [ ]
En caso afirmativo, indique:			
Institución:			
Tipo de apoyo:			
En caso de recibirlo, fecha en que le fue otorgado:		Día	/ Mes / Año

¿Denunció ante Ministerio Público?	[ Si ] [ No ]	Fecha de la denuncia:	Día / Mes / Año
------------------------------------	---------------	-----------------------	-----------------

Delito:		Ministerio Público:	
Número de A.P./C.I.:		Numero de proceso:	
Indiciado o imputado:			

\* Con fundamento en el art. 71 de la Ley de Víctimas del Estado de Durango, se le asesorará, orientará y vinculará con la autoridad correspondiente.

INFORMACIÓN DE LA QUEJA, RECOMENDACIÓN O CONCILIACIONES ANTE ORGANISMOS DE PROTECCIÓN DE DD.HH. ESTATALES.			
¿Presentó queja, informe especial u otro ante organismo de DD.HH.?	[ Si ] [ No ]	Fecha de la presentación:	Día / Mes / Año
Tipo de resolución:	Recomendación [ ]	Conciliación [ ]	Medidas precautorias [ ]
Violación a DD.HH.:			
Entidad federativa:		Nombre del organismo:	
¿Cuenta con un representante para el Registro?	[ Si ] [ No ]	En caso afirmativo, indique nombre del representante:	

DOCUMENTOS QUE PRESENTA COMO SOPORTE PARA LA SOLICITUD.			
Constancia del Ministerio Público	[ ]	Resolución emitida por autoridad competente u organismo público de protección de derechos humanos nacional o internacional.	[ ]
Sentencia de la autoridad competente	[ ]	Otro (facturas, partes médicos, psicológicos, etc.)	[ ]

### FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN

Artículo 62 fracción I y 63 de la Ley de Víctimas del Estado de Durango: “La solicitud de inscripción de la víctima no implica de oficio su ingreso al Registro”.

Nombre y firma del solicitante:	
NOMBRE	FIRMA

HUELLA

Nombre y firma del representante para el registro.	
NOMBRE	FIRMA

HUELLA

Nombre, firma y cargo del servidor público que atiende la solicitud.	
NOMBRE	FIRMA

UNIDAD DE ATENCIÓN CEEAV.												
REPRESENTACIÓN JURÍDICA			ATENCIÓN PSICOLÓGICA									
COMISIÓN EJECUTIVA ESTATAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS (OFICINA CENTRAL)	AJ1 [ ]	AJ2 [ ]	AJ3 [ ]	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">APS1 - COMISIÓN EJECUTIVA ESTATAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS (OFICINA CENTRAL)</td> <td style="width: 20%;">[ ]</td> </tr> <tr> <td>APS2 - CENTRO DE JUSTICIA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (CJNNA)</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>APS3 - UNIDAD DE REGIÓN LAGUNA (URL1) EN LA COMISIÓN DE BÚSQUEDA DE PERSONAS, REPRESENTACIÓN DE LA CEEAVD</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>APS4 - UNIDAD DE REGIÓN LAGUNA (URL2) CJNNA GÓMEZ PALACIO, REPRESENTACIÓN DE LA CEEAVD</td> <td></td> </tr> </table>	APS1 - COMISIÓN EJECUTIVA ESTATAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS (OFICINA CENTRAL)	[ ]	APS2 - CENTRO DE JUSTICIA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (CJNNA)	[ ]	APS3 - UNIDAD DE REGIÓN LAGUNA (URL1) EN LA COMISIÓN DE BÚSQUEDA DE PERSONAS, REPRESENTACIÓN DE LA CEEAVD	[ ]	APS4 - UNIDAD DE REGIÓN LAGUNA (URL2) CJNNA GÓMEZ PALACIO, REPRESENTACIÓN DE LA CEEAVD	
APS1 - COMISIÓN EJECUTIVA ESTATAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS (OFICINA CENTRAL)	[ ]											
APS2 - CENTRO DE JUSTICIA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (CJNNA)	[ ]											
APS3 - UNIDAD DE REGIÓN LAGUNA (URL1) EN LA COMISIÓN DE BÚSQUEDA DE PERSONAS, REPRESENTACIÓN DE LA CEEAVD	[ ]											
APS4 - UNIDAD DE REGIÓN LAGUNA (URL2) CJNNA GÓMEZ PALACIO, REPRESENTACIÓN DE LA CEEAVD												
AJ4 - CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL No. 1 (CERESO)	[ ]											
AJ5 - CENTRO DE JUSTICIA PARA LA MUJER (CJM)	[ ]											
AJ6 - CENTRO DE JUSTICIA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (CJNNA)	[ ]											
AJ7 - TRIBUNAL DE MENORES INFRACTORES	[ ]											
AJ8 - UNIDAD DE REGIÓN LAGUNA (URL1) PALACIO DE JUSTICIA, REPRESENTACIÓN JURÍDICA DE LA CEEAVD	[ ]											
AJ9 - UNIDAD DE REGIÓN LAGUNA (URL2) CJNNA GÓMEZ PALACIO, REPRESENTACIÓN JURÍDICA DE LA CEEAVD	[ ]											
Otro:												