



**MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE ISLAY
PROCESO DEL PRESUPUESTO PARTICIPATIVO - AÑO FISCAL 2015**

FIGHA DE IDENTIFICACIÓN DE AGENTES PARTICIPANTES

DATOS DEL AGENTE PARTICIPANTE			
1. Nombres:			
2. Apellidos:			
3. N° de Documento de identidad (DNI):			
4. Fecha de nacimiento:	_____ / _____ / _____ <small>DÍA MES AÑO</small>	Edad:	
5. Sexo (Seleccione):	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
6. Grado de instrucción (Marque con una X sólo una de las alternativas):	<input type="checkbox"/> a) Primaria Completa	<input type="checkbox"/> f) Bachiller	
	<input type="checkbox"/> b) Primaria incompleta	<input type="checkbox"/> g) Licenciado	
	<input type="checkbox"/> c) Secundaria Completa	<input type="checkbox"/> h) Magister	
	<input type="checkbox"/> d) Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/> i) Doctor	
	<input type="checkbox"/> e) Técnico	<input type="checkbox"/> j) Titulado	
7. Profesión u ocupación:			
8. Cargo que ocupa en la organización/institución a la que representa:			
9. Correo electrónico:			
10. Participó en procesos del Presupuesto Participativo anteriores:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (en que año(s): _____)		
DATOS DE LA ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA			
1. Nombre de la Organización/ Institución a la que representa:			
2. Fecha de fundación:			
3. La organización está inscrita en:	<input type="checkbox"/> Registros Públicos <input type="checkbox"/> RUOS <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: (cual: _____) N° de registro: _____		
4. Ámbito de acción de la organización/institución	<input type="checkbox"/> Distrital <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Regional		
5. N° de asociados/integrantes de la organización/institución:			
6. Nombres y apellidos del <u>Representante Legal</u> de su Organización:			
7. Tipo de su organización/institución (Marque con una X sólo una de las alternativas):	<input type="checkbox"/> a) Gobierno Local	<input type="checkbox"/> e) Organización no Gubernamental (ONG)	
	<input type="checkbox"/> b) Gobierno Nacional	<input type="checkbox"/> f) Asociación laboral	
	<input type="checkbox"/> c) Organización de Base	<input type="checkbox"/> g) Gremio	
	<input type="checkbox"/> d) Junta o comité vecinal	<input type="checkbox"/> h) Otro	<i>Especifique:</i>
8. Dirección de la organización/institución:			
9. Teléfono/Fax/E-mail:			