

Nombre completo del participante

Edad

Pertenencia a algún grupo indígena

Nombre del pueblo indígena

Localidad y Estado al que pertenece el participante

Comunidad/Organización/Institución/Empresa/Dependencia

Pertenencia al servicio público o a la Sociedad civil

Contacto: Teléfono/Correo Electrónico

No.	NOMBRE COMPLETO	EDAD	MARQUE CON UNA X			NOMBRE DEL PUEBLO INDÍGENA	LOCALIDAD Y ESTADO	COMUNIDAD/ ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN/ EMPRESA/ DEPENDENCIA	MARQUE CON UNA X		CONTACTO: TELÉFONO/ CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA/ INICIALES
			MUJER	HOMBRE	INDÍGENA				Sector Público*	Sociedad civil**		

* Representante de alguna dependencia de gobierno municipal, estatal o federal.

** Representante de alguna organización no gubernamental, asociación civil, cooperativa, etc.