**PARA IMPRIMIRSE EN HOJA MEMBRETADA DE LA OSC**

**FORMATO 2.CARTA DECLARATORIA**

**LIC. FABIOLA RAQUEL GUADALUPE LOYA HERNÁNDEZ**

**SECRETARIA DEL SISTEMA DE ASISTENCIA SOCIAL**

**PRESENTE**

**AT’N. LIC. H. ALEJANDRO HERMOSILLO GONZÁLEZ**

**SUBSECRETARIO PARA EL DESARROLLO Y VINCULACIÓN CON OSC**

Por medio de la presente y actuando con el carácter de Apoderado/Representante Legal de la **Organización de la Sociedad Civil** denominada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bajo protesta de decir verdad manifiesto lo siguiente:

1. Que la Organización Civil que represento no persigue fines de lucro, y guarda cabal congruencia con lo consignado en los estatutos sociales de su acta constitutiva y acta(s) de asamblea.
2. Que la solicitud para participar en la modalidad Capacitación del Programa de Apoyo a las Organizaciones de la Sociedad Civil para el ejercicio fiscal 2024, guarda estricta relación y cabal congruencia con el objeto social consignado dentro de los estatutos sociales de la Organización Civil que represento.
3. Que no ejerce proselitismo político ni religioso y no realiza actividades preponderantemente mercantiles.
4. Que los integrantes del Consejo Directivo y/o Mesa Directiva y/o Patronato y/o similar, no son servidores públicos de cualquiera de los tres órdenes de Gobierno, representantes por elección popular, miembros del Poder Judicial o similar.

Y que los nombres y cargos de quienes conforman el Consejo Directivo de la organización son:

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** | **CARGO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Con base en lo anterior estamos conscientes de que cualquier información aquí plasmada podrá ser verificada por las autoridades correspondientes, sujetándonos a las sanciones correspondientes en caso de omisión y/o falsedad advertida por los órganos de control y previstos en las Reglas de Operación del Programa.

Por último, manifestamos nuestra conformidad con las **REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO A ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL, EJERCICIO 2024, en la modalidad “CAPACITACIÓN”** donde se dispone que serán seleccionadas las solicitudes que cumplan con los criterios de elegibilidad y requisitos, de acuerdo con la disponibilidad de espacios para la capacitación y conforme al orden y fecha en que fueron recibidas y como lo determine la Secretaria del Sistema de Asistencia Social y el área responsable del proceso.

Atentamente.

Municipio, Jalisco a \_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_ de 2024

C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Apoderado/Representante Legal de la Asociación Civil denominada

(Anotar el nombre de la Asociación)