

Solicitud de Acciones Preventivas

LUGAR Y FECHA	Ciudad a dd de mm de aaaa	FOLIO:	
NOMBRE PERSONA QUE PRESENTA LA SOLICITUD		¿Trabaja en la CNDH?	
CORREO ELECTRÓNICO		Si ()	No ()
¿ES PERSONA CON DISCAPACIDAD?	Si (). Refiera tipo de discapacidad: _____ No ().	Sexo	Género
PERTENECE A ALGUNA COMUNIDAD INDÍGENA O AFRODESCENDIENTE	Si (). ¿Cuál? _____ No ().	Hombre () Mujer () Intersex ()	Femenino () Masculino () No binario () Otro:
RIESGO IDENTIFICADO			
¿CUÁLES CREE QUE SON LAS CAUSAS Y/O FACTORES QUE SOSTIENEN EL RIESGO?			
ACCIÓN PROPUESTA			
UNIDAD RESPONSABLE			
RELACIÓN CON LA NORMA MEXICANA EN IGUALDAD LABORAL Y NO DISCRIMINACIÓN.			
Nombre y firma de la persona o área que levanta la acción preventiva		Nombre y firma por parte del Comité de Igualdad Laboral y no Discriminación	