**DECLARACIÓN CON FIRMA DE RESPONSABILIDAD**

**DELEGADAS/OS DE ORGANIZACIONES DE PROTECCIÓN DE DERECHOS**

Quito, DM. ……………………………………………de 2025

|  |  |
| --- | --- |
| Organización |  |
| Nombre persona delegada/o |  |
| Cédula de ciudadanía o documento de identificación |  |
| Nacionalidad |  |

CERTIFICO que cumplo con los requisitos establecidos en el REGLAMENTO DEL PROCESO DE ELECCIONES PARA LA CONFORMACIÓN DE LOS CONSEJOS CONSULTIVOS DE DERECHOS EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, que indica lo siguiente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** |
| a | Tengo suspendidos mis derechos políticos según lo señalado en el artículo 64 de la Constitución de la República del Ecuador. |  |  |
| b | Estoy en mora en el pago de pensiones alimenticias a favor de cualquier persona beneficiaria de este derecho. |  |  |
| c | He sido sentenciada/o por delitos contra la integridad sexual y/o violencia. |  |  |
| d | Tengo domicilio y residencia en el DMQ. |  |  |

Declaro que conozco que, si se comprueba la falsedad de la información, no seré considerado en la conformación de los Consejos Consultivos en el DMQ, sin perjuicio de la responsabilidad penal /o civil a que hubiere lugar.

Autorizo a la Comisión que está llevando el proceso de elecciones y al Consejo de Protección de Derechos del DMQ, para que realice todas las investigaciones pertinentes sobre la veracidad de la información declarada en el presente instrumento y en caso de requerirse entregaré los documentos de forma física.

Es todo en cuanto puedo declarar en honor a la verdad.

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma** |  |
| **Nombre** |  |
| **Cédula de ciudadanía o documento de identidad** |  |