Apéndice Normativo B

Cédula de registro

SOLICITUD NORMA MEXICANA NMX-R-025-SCFI-2015 EN IGUALDAD LABORAL Y NO DISCRIMINACIÓN

FOLIO No.
Recuerde que al llenar de manera correcta esta solicitud de registro usted permite que más adelante la auditoría hacia su centro de trabajo se efectúe de la mejor manera posible. Favor de completar en línea, y entregar debidamente firmado y digitalizado al Consejo Interinstitucional. Enviar copia al Organismo de Certificación en caso necesario.

DATOS GENERALES DEL CENTRO DE TRABAJO

Nombre del centro de trabajo (como desea que aparezca en el certificado):
Razón(es) social(es):

Domicilio fiscal:	Calle			Núm. interior	Núm. exterior
	Colonia	Delegación/ Municipio		Código postal	
	Ciudad	Estado	País	R.F.C	
Sector al que pertenece su centro de trabajo:	Público ✔	Privado ☐	Social ☐		
Giro del centro de trabajo:					

Si la auditoría debe realizarse en un domicilio diferente al fiscal, favor de proporcionar los detalles e incluir un croquis.	

Nombre del representante del centro de trabajo para el proceso de la evaluación de la conformidad.	

Cargo:	

Correo electrónico:			
Teléfono:		**Ext.**	

DATOS DE LA AUDITORÍA

Marque el tipo de auditoría solicitada	**inicial** ☑	**vigilancia** ☐	**renovación** ☐
Defina el alcance de la evaluación de la conformidad.			
Un sitio ☑ **Multisitio** ☐			

¿Cuántas personas están involucradas en el alcance de la evaluación de la conformidad?	**Mujeres**		**Hombres**	

Al ingresar a sus instalaciones ¿es necesario utilizar equipo de seguridad especial?, favor de especificar.	

Proporcione el nombre de la persona que asesoró a su centro de trabajo

DATOS ADICIONALES

Describa brevemente los motivos por lo que es de su interés obtener el certificado de la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI- 2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación. **(En caso de ser necesario, utilizar una hoja anexa).**	
Favor de proporcionar cualquier otra información que considere conveniente y que pueda ser de utilidad para preparar y efectuar las actividades logísticas de la auditoría solicitada.	

Nombre y firma del o la representante
del centro de trabajo

PARA SER LLENADO POR LA DEPENDENCIA RECEPTORA

Fecha de entrega de la solicitud:	/ / Día/mes/año

Dependencia receptora:	

Nombre y firma del funcionario/a responsable de la gestión de la solicitud:	

Notas importantes:

- El centro de trabajo solicitante asume la responsabilidad del cumplimiento de los requisitos legales vigentes aplicables.
- La recepción de la presente solicitud por parte de la STPS, el Inmujeres y el CONAPRED, no implica la certificación del centro de trabajo.
- Toda la información proporcionada durante el proceso de certificación será tratada de manera estrictamente CONFIDENCIAL.