

## FORMATO PARA OTORGAR CONSENTIMIENTO PARA PERTENECER A LA RED DE MUJERES ELECTAS

### INSTITUTO ESTATAL ELECTORAL DE AGUASCALIENTES PRESENTE.

Mediante la presente, otorgo mi consentimiento para formar parte de la **Red de Mujeres Electas del Instituto Estatal Electoral de Aguascalientes**, la cual es un canal de comunicación institucional, para prevenir y/o dar seguimiento a casos de Violencia Política en Razón de Género (VPMRG), así como sobre temas relevantes, entre éstos legislación e igualdad en la participación, liderazgo político de las mujeres y sororidad, **con las mujeres que hayan resultado electas durante el Proceso Electoral Concurrente 2023-2024 en Aguascalientes, o en su caso Extraordinario**, derivado del Programa Operativo de la Red de Candidatas y Red de Mujeres Electas.

Manifiesto que comprendo expresamente que mi integración a la Red de Mujeres Electas, que implementa el Instituto Estatal Electoral de Aguascalientes como parte de la iniciativa de la Asociación Mexicana de Consejeras Estatales Electorales, A.C. (AMCEE), es un vínculo de contacto **con las mujeres que hayan resultado electas derivado de un proceso electoral y que estas se encuentren en el ejercicio del cargo público emanado de una elección popular**, mediante el cual se brinda atención, seguimiento y acompañamiento sobre sus derechos y obligaciones en la prevención y erradicación de la VPMRG que pudieran ser víctima en el ejercicio del cargo.

Asimismo, que dicha Red tiene diversos propósitos, tales como informar y capacitar sobre la VPMRG, ser un canal de comunicación institucional para identificar estos casos en los espacios del poder público; coadyuvar en la eliminación de este tipo de conducta, brindar orientación, seguimiento y acompañamiento, generar insumos que visibilicen la gravedad de la VPMRG y generar vínculos que permitan contribuir a la erradicación de la misma.

Por lo anterior, proporciono mis datos:

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Nombre completo:</b>    |  |
| <b>Correo electrónico:</b> |  |
| <b>Teléfono celular:</b>   |  |



|                                      |   |                                 |
|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| <b>Soy mujer electa en el cargo:</b> | Cargo:<br>Diputación ( )<br>Presidencia municipal ( )<br>Sindicatura ( )<br>Regiduría ( ) |                                 |
|                                      | Mayoría Relativa ( )<br>Representación Proporcional ( )                                   | Propietaria ( )<br>Suplente ( ) |
| <b>Vía de Postulación</b>            | Por el Partido Político:  |                                 |
|                                      | Coalición:  |                                 |
|                                      | Independiente:  |                                 |

| Rango de edad |  |           |  |
|---------------|--|-----------|--|
| 18 a 29       |  | 51 a 60   |  |
| 30 a 40       |  | Más de 60 |  |
| 41 a 50       |  |           |  |

| ¿Tiene condición de discapacidad? |  |    |  |
|-----------------------------------|--|----|--|
| SÍ                                |  | NO |  |

| En caso de ser positiva la respuesta, señale la que corresponda: |  |             |  |
|--|--|-------------|--|
| Visual   |  | Intelectual |  |
| Para comunicarse verbalmente                                     |  | Motriz      |  |
| Auditiva   |  | Otra        |  |

| ¿Se reconoce como mujer afroamericana? |  |    |  |
|--|--|----|--|
| SÍ                                     |  | No |  |

| ¿Se reconoce como mujer indígena? |  |    |  |
|-----------------------------------|--|----|--|
| SÍ                                |  | No |  |

**En caso de hablar una lengua indígena u originaria, ¿cuál es?**

**¿Requiere de  
intérprete?**

**¿Pertenece a la diversidad sexual?**

|           |                               |  |
|-----------|-------------------------------|--|
| <b>Sí</b> | <b>Especifique:</b>           |  |
| <b>No</b> | <b>Prefiero no contestar:</b> |  |

Autorizo para que se me pueda contactar por mi correo electrónico y/o número telefónico y que me sea enviada por esta vía, información acerca de la Violencia Política Contra las Mujeres por Razón de Género (de divulgación y/o académica).

Asimismo, en caso de ser víctima de conductas que puedan constituir VPMRG, autorizo que mi caso sea parte de los informes que el Instituto Estatal Electoral de Aguascalientes elaborará con fines estadísticos y de visibilización sobre VPMRG en el estado de Aguascalientes, así como los de la Red de Mujeres Electas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
2024.

**ATENTAMENTE**

**Nombre(s) y firma o huella dactilar de la persona ciudadana interesada**