

## Registro Nacional de Organizaciones Sociales

### Formulario de solicitud de registro

Datos generales de la organización			
Nombre de la organización*			
Domicilio legal*			
Localidad*			
Departamento*			
Personería jurídica*	Sí	No	Número
Fecha de constitución *			
Teléfono / Fax*			
Correo electrónico de contacto *			
Página web			

Objetivos de la organización*

Coordinación u otro órgano ejecutivo (especificar)			
Apellidos	Nombres	C.I.	Cargo

Ámbito de trabajo*	
Adolescencia	
Afrodescendientes	
Derechos Humanos	
Infancia	
LGTBI	

\* Los campos marcados con un asterisco, son obligatorios.

El presente formulario debe ser completado, firmado y remitido por correo electrónico a [asambleaddhh@inddhh.gub.uy](mailto:asambleaddhh@inddhh.gub.uy) o por correo postal a Bulevar Artigas 1532

Libertad de expresión	
Migrantes	
Mujeres	
Personas con consumo problemático de sustancias	
Personas con discapacidad	
Personas privadas de libertad	
Personas O Positivo	
Pueblos indígenas	
Víctimas del terrorismo de Estado	
Otro (especificar)	

Área de cobertura*	
Barrial	
Departamental	
Regional	
Nacional	
Internacional*	

\*Indicar país de la sede internacional :

Principales actividades*	
Acompañamiento	
Asesoramiento jurídico	
Atención psicosocial	
Atención terapéutica	
Cabildeo	
Capacitación / Formación	
Comunicación	
Difusión	
Educación	
Investigación	
Litigio jurídico	
Producción de materiales educativos	
Producción de materiales informativos	
Promoción	
Otros (especificar)	

Redes, coordinaciones, trabajo interinstitucional (especificar coaliciones y/o articulaciones de las que forma parte la organización y marcar con una "X" su nivel de cobertura)

Nombre de la red	Cobertura				
	Local	Dptal.	Regional	Nacional	Internac.
	Local	Dptal.	Regional	Nacional	Internac.
	Local	Dptal.	Regional	Nacional	Internac.
	Local	Dptal.	Regional	Nacional	Internac.
	Local	Dptal.	Regional	Nacional	Internac.
	Local	Dptal.	Regional	Nacional	Internac.
	Local	Dptal.	Regional	Nacional	Internac.

Representantes ante la Asamblea Nacional de Derechos Humanos\*  
(Dos titulares y dos suplentes)

Titulares		
Apellidos	Nombres	C.I.
Suplentes		
Apellidos	Nombres	C.I.

Fecha de envío.....

Firma del/la representante legal.....

Es obligatorio enviar el documento firmado (puede ser firma digital)

Aclaración.....

C.I.....

**Sólo para uso interno**

Recibida el día:    /    /
Firma:
Número de solicitud
Número de habilitación

El presente formulario debe ser completado, firmado y remitido por correo electrónico a [asambleaddhh@inddhh.gub.uy](mailto:asambleaddhh@inddhh.gub.uy) o por correo postal a Bulevar Artigas 1532