

Formato F7

Declaración de auto adscripción a Grupos de Atención Prioritaria

Quien suscribe _____, declaro bajo protesta de decir verdad que me auto adscribo como parte del(os) grupo(s) de:

Grupo de Atención Prioritaria	Se identifica como:		
	Mujer	Hombre	Otro
Persona de la diversidad sexual y de género	☐	☐	☐
Persona con discapacidad	☐	☐	☐
Persona indígena	☐	☐	☐
Persona afromexicana	☐	☐	☐
Persona adulta mayor	☐	☐	☐
Persona migrante guanajuatense	☐	☐	☐
	Sí	No	
¿Habla alguna o varias lenguas indígenas?	☐	☐	
Indique la o las lenguas indígenas:			

_____, Guanajuato, a _____ de _____ del 2026.

Nombre completo y firma autógrafa de la persona aspirante o
en su caso huella dactilar

