

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

N° de Legajo:

Fecha de Inscripción en DIRO: / / 20.....

Resolución N° Fecha: / / 20.....

Área de Representación en el Plenario del CDNNyA:

(No completar, de uso interno)



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES
DIRECCION DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE ONGS

**FORMULARIO DE REGISTRO UNICO DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL
Y DE LAS PERSONAS DE EXISTENCIA IDEAL CON PERSONERÍA JURÍDICA**

1. Denominación (especificando nombre completo y sigla si la tuviera):

.....
.....

2. Domicilios Institucionales

Domicilio Legal

Calle:

Número: Piso: Depto: Casa: CGP N°:

Manzana: C.P: Barrio:

Localidad:

Teléfonos: Pref. (.....) Núm.: Fax:.....

E-mail:

Sitio web: www.

Domicilio real

Calle:

Número: Piso: Depto: Casa: CGP N°:

Manzana: C.P: Barrio:

Localidad:

Teléfonos: Pref. (.....) Núm.: Fax:.....

E-mail:

3. Fecha de inicio de actividades de la Organización:/...../.....

4. Horarios y Días de atención:

5. Especificar:

a. Personería Jurídica N°: Fecha:/...../.....

b. Organismo que otorgó la personería jurídica:.....

c. Fecha de la última Memoria y Balance Contable:/...../.....

d. Número de CUIT:-.....-.....

e. Estatuto Social. Fecha:/...../.....

f. Fecha última Acta de Asamblea de Autoridades./...../.....

g. Plazo vigencia de Autoridades: años

h. Acta con la designación del apoderado/representante. Si / No

i. Se encuentra registrada en:

CENOC	
CIOPA	
CONSEJO NACIONAL DE NIÑEZ ADOLESCENCIA Y FAMILIA	
CONSEJO NACIONAL DE LA MUJER	
ROAC	
OTRO (Especificar).....	

6. Tipo de Organización:

Asociación Civil	
Club Social/Deportivo	
Cooperativa	
Federación	
Fundación	
Uniones	
S.A	
S.R.L	
Otro (Especificar).....	

7. Sede Institucional:

a. Se trata de una sede:

Propia	
Alquilada	
Cedida	

b. Recursos Humanos (Administrativo y otros)

<i>Administrativos y otros</i>	Cantidad		Carga horaria Semanal	
	Rentados	Voluntarios	Rentados	Voluntarios

c. Autoridades

Apellido y Nombre	DNI	Cargo	Formación Profesional

10. Objetivos Generales de la institución *(Describir brevemente el objetivo institucional):*

.....

.....

.....

.....

11. Programas, proyectos y actividades.

a. Proyección Institucional *(Seleccionar hasta dos opciones):*

Proyección Institucional			
Asesoramiento		Difusión	
Asistencia Financiera		Investigación	
Asistencia Técnica		Prevención	
Atención Directa		Promoción de Derechos	
Capacitación		Otro (Especificar).....	

b. Área Temática (Seleccionar hasta **dos** opciones):

Área Temática			
Ambiente		Infraestructura, Obras y Serv. Públicos	
Ciencia y Tecnología		Justicia	
Comunicación		Salud	
Cultura		Social / Humana	
Deportes y Recreación		Trabajo	
Economía		Vivienda	
Educación		Otra (Especificar).....	
Género			

c. Tema Específico (Seleccionar hasta **cinco** opciones):

Tema Específico			
Abuso sexual		Enfermedades específicas	
Accidentes		Espacios públicos	
Alcoholismo		Explotación Sexual	
Apoyo escolar		Formación ocupacional	
Arte		Formación Profesional	
Asentamientos		Fortalecimiento espiritual	
Atención primaria de la salud		Género	
Autoconstrucción		NNyA en riesgo / en situación de calle	
Becas		Nutrición	
Bibliotecas		Organizaciones de la Soc. Civil	
Casas tomadas/hoteles inquilinatos		Patrimonio cultural	
Ciudadanía		Personas sin vivienda	
Comedores escolares		Política	
Comedores populares materno infantil		Recreación	
Comunicación social		Residuos	
Cooperativas		Salud Mental	
Deporte		Salud sexual y reproductiva	
Derecho a la identidad cultural		Seguridad	
Derechos de consumidores		Sindicalismo	
Derechos humanos		Trabajo formal	
Deserción escolar		Trabajo Infantil	
Discapacidad		Trabajo informal	
Discriminación		Transportes	
Drogadependencia		Turismo	

Educación adultos		Violencia	
Educación Formal		Vivienda vulnerable	
Educación No formal		Otra (Especificar).....	
Emprendimientos productivos			

d. Denominación y breve descripción de los programas y proyectos que se desarrollen en la institución:

1. Nombre del Programa o Proyecto:.....

Objetivos:.....

Nombre de Referente:.....

Población beneficiaria:.....

Donde se realiza (En la sede institucional o fuera de la sede:.....

Fecha de Inicio ejecución, implementación o puesta en práctica:/...../.....,,

2. Nombre del Programa o Proyecto:.....

Objetivos:.....

Nombre de Referente:.....

Población beneficiaria:.....

Donde se realiza (En la sede institucional o fuera de la sede:.....

Fecha de Inicio ejecución, implementación o puesta en práctica:/...../.....

3. Nombre del Programa o Proyecto:.....

Objetivos:.....

Nombre de Referente:.....

Población beneficiaria:.....

Donde se realiza (En la sede institucional o fuera de la sede:.....

Fecha de Inicio ejecución, implementación o puesta en práctica:/...../.....

4. Nombre del Programa o

Proyecto:.....

Objetivos:.....

Nombre de

Referente:.....

Población

beneficiaria:.....

Donde se realiza (En la sede institucional o fuera de la sede:.....

Fecha de Inicio ejecución, implementación o puesta en práctica:/...../.....

e. Modalidad de abordaje.

Ambulatoria		Educativa		Asistencia Individual	
Centro de día		Recreación		Grupal	
Centro de noche		Capacitación		Captación	
Hogar Convivencial		Talleres		Otro (Especificar)	
Hogares de Transito		Internación			

12. Recursos Económicos

a. Señale la/s fuentes actuales de obtención de recursos para el desarrollo de las Actividades de la Organización:

Tipo	Subtipo	Marcar con una X
Empresas		
Fondos propios		
Gobierno de la Ciudad	CDNNyA	
	Fortalecimiento de la Sociedad Civil	
	Niñez y Adolescencia	
	Políticas Sociales en Adicciones	
	Salud Mental	
	Otro (Especificar):	

Gobierno Nacional		
Gobierno Provincial		
O.N.G.s		
Organismo Internacional		
Otros (Especificar)		

b. En los últimos 2 años ha recibido (Marcar con una X):

Subsidios	
Subvenciones	
Donaciones	
Becas	

Otros (Especificar):

13. Ámbitos de articulación. Marque las instancias de cooperación o de realización de actividades conjuntas (Marque con una X):

<i>Internacional</i>	
Nacional	
Provincial	
Ciudad de Bs. As.	
Barrios	
otros	

Si marco barrios, Cuáles?:

.....

14. Redes:

a. ¿Integraredes?

.....

¿Cuáles? (Nombre y/o Siglas):

.....

b. Ha realizado trabajos en conjunto con Organismos del GCBA (Marcar con una X):

A	Promoción Social	
B	Centro de Gestión y Participación (C.G.P)	
C	Defensorias	
D	Otras áreas del GCBA (Especificar).....	

Por favor describir a continuación los trabajos realizados en conjunto con organismos del GCBA:

- A).....
- B).....
- C).....
- D).....

15. Publicaciones de la Institución

TIPO	NOMBRE / TITULO	FRECUENCIA
Boletín		
Cuadernillo		
Diario		
Folleto		
Revista		
video		
Radio		
T.V		
Página Web		

Otros:

16. Documentación y datos que se desee adjuntar y considere pertinente

Especificar:

17. Referente institucional a quien hacer posibles consultas:

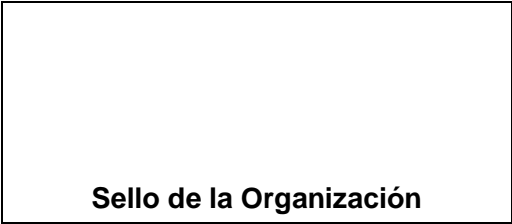
.....

Se deja expresa constancia que: (nombre de la organización)

asume el compromiso de cumplir con lo establecido por la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales con rango constitucional y en los que el Estado sea parte, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley 114, y otras normativas que de los mismos se deriven.

La organización debe (una vez inscripta en el registro) actualizar la documentación presentada (cambio de autoridades, poderes, Balance y Memoria, Proyecto Institucional, etc.) y toda otra modificación en los datos brindados acerca de la misma. A partir de realizado el cambio o modificación se debe comunicar al Registro en un tiempo máximo de tres meses.

Este formulario tiene carácter de declaración jurada y la información consignada es de carácter público.



.....

Firma del / la presidente

Imprimir y presentar este formulario con firmas y sellos originales, para su inscripción en el registro. En el caso de ya haberlo presentado, debe completarlo y reenviarlo por email.

Datos de uso interno no completar

- **Lugar y Fecha de expedición del formulario:** /...../.....
- **Lugar y Fecha de presentación:** /...../.....
- **Referente del Consejo que intervino en la gestión:**
- **Calificación para el registro:**

Sí	
No	
En revisión	

- **Observaciones:**.....
- **Informe de la Comisión Evaluadora y Supervisora**