



REGISTRO PARA EL PROCESO DE DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO EN EL ECUADOR

Ciudad de _____, de _____ de _____

El presente formulario es la petición formal ante el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana respectivo al reconocimiento de la condición de refugiado en el Ecuador.
Las peticiones del reconocimiento del estatuto de refugiado solo pueden ser realizadas por personas que **SE ENCUENTREN EN TERRITORIO ECUATORIANO**.

NO SE ADMITIRÁN SOLICITUDES REMITIDAS DESDE EL EXTERIOR.

TODA INFORMACIÓN que usted proporcione en el mismo, así como en todas las etapas dentro del proceso de determinación de la condición de refugiado/a, es **CONFIDENCIAL** y de uso exclusivo por parte de las autoridades ecuatorianas.

Usted(es), tienen la **OBLIGACIÓN** de proporcionar datos e información verdadera, real y actual, de lo contrario su solicitud podría ser inadmitida a trámite, sin perjuicio de las **acciones** que se pudiera iniciar en su contra.

Señor/a Director/a de Protección Internacional

Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana del Ecuador

Las notificaciones que me correspondan las recibiré a través del correo electrónico que se proporciona por esta declaración, donde se considerarán válidas todas las notificaciones relativas al procedimiento de determinación de la condición de refugiado (según el artículo 164 de Código Orgánico Administrativo).

La información brindada en esta declaración será considerada como declaración brindada ante funcionario público y no podrá ser rectificadas una vez que haya sido enviada.

CORROBORAR TODA LA INFORMACIÓN DE FORMA PREVIA A ENVIAR EL FORMULARIO

REGISTRO
Número de personas solicitando refugio en la presente aplicación:
Nombres y Apellidos completos:
Nacionalidad:
Tiene más de una nacionalidad <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Cual:
Etnia:
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> otro
Usted se identifica como una persona LGBTIQ+ <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> L (lesbiana) <input type="checkbox"/> G (gay) <input type="checkbox"/> B (bisexual) <input type="checkbox"/> T (trans) <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> I (intersexual) <input type="checkbox"/> Q (Queer- No Binario)
Otro: Si fuera una persona trans, como quisiera ser llamado/a:
Fecha de Nacimiento:
Documento de identificación (Tipo // Número):
Estado Civil:

