



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN FAMILIAR

Ciudad de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El presente formulario configura el pedido de una persona solicitante de protección internacional de incluir a un familiar en su procedimiento.

Señor/a Director/a de Protección Internacional

Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana del Ecuador

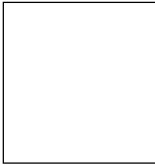
Yo, \_\_\_\_\_, con nacionalidad \_\_\_\_\_, con documento de identidad Número \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_, requiero a la Dirección de Protección Internacional que proceda a registrar el pedido de inclusión familiar de:

Nombres y Apellidos completos:
Vinculo con el solicitante:
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 LGBTQ+ <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 Binarie)  Otro: Si fuera una persona trans, como quisiera ser llamado/a:
Fecha de Nacimiento:
Documento de identificación (Tipo // Número):
Correo Electrónico:
Teléfono:
Fecha de ingreso al Ecuador:
Lugar de residencia en 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

Firma _____ nombre del administrado*	
	Huella Digital**

\* En el marco de la emergencia sanitaria, a fin de facilitar el acceso a su derecho de petición a la administración, se dispone que el nombre del administrado será equivalente a su firma. Este formulario solo tendrá validez durante la vigencia de la emergencia sanitaria.

\*\* La huella digital solo se consignará en los casos que la persona no sepa escribir y/o firmar.

**RECUERDE REMITIR UN FORMULARIO POR CADA UNA DE LAS PERSONAS DE LA FAMILIA QUE SOLICITA INCLUSIÓN FAMILIAR**

**SE SOLICITA REMITIR COMO ADJUNTO CUALQUIER DOCUMENTO DE SU PAÍS DE ORIGEN QUE ACREDITE LA IDENTIDAD DEL SOLICITANTE.**