



FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA BAJA DE DISTRITOS

Fecha de Solicitud ___/___/___

Región _____ COMITÉ ESTATAL O DE ÁREA _____

Nombre del Distrito _____

Tipo de Grupo Tradicional Institucional Institucional Correccional

Fecha de fundación: Día _____ Mes _____ Año _____

Domicilio _____ No. Ext. _____ No. Int. _____

Colonia _____ C.P. _____

Ciudad / Poblado / Ranchería _____

Municipio _____ Estado _____

Especifique el motivo de la baja del Grupo

(opcional)

Autorizado por DELEGADO ESTATAL O DE ÁREA

NOMBRE Y FIRMA