**ANEXO 1**

**Solicitud de inscripción para el**

**Estímulo para la Formación Audiovisual Independiente**

* Del **proyecto** para el que se solicita el estímulo en esta convocatoria:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del proyecto |  |
| Costo total del proyecto |  |
| Monto solicitado |  |
| Duración total del proyecto | Mes \_\_\_\_\_\_\_ de 2025 al Mes \_\_\_\_\_\_ de 2026 |
| Número de horas de formación |  |
| Localidades (estados, municipios, comunidades) donde se desarrollará  |  |
| El proyecto es presentado por: | \_\_\_ Persona formadora \_\_\_ Persona que representa una organización, asociación o colectiva. |

|  |
| --- |
| Población(es) a la que atiende, seleccionar una o más |
| Infancias |  |
| Mujeres |  |
| Población indígena y/o afrodescendiente |  |
| LGBTIQ+ |  |
| Población adulta mayor |  |
| Población con algún tipo de discapacidad |  |
| Jóvenes |  |
| Público en general |  |
| Otro, especificar:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿El proyecto ha sido apoyado en ediciones anteriores del EFAI? | sí ( ) | no ( ) | Año(s): |
| ¿Se ha presentado con anterioridad este proyecto a otras convocatorias del IMCINE? | sí ( ) | no ( ) | Años(s): |
| ¿Se cuenta con otro apoyo federal, estatal o municipal para la ejecución de este proyecto? | sí ( ) | no ( ) | ¿Cuál(es)? |

* De la **persona solicitante (Formadora o representante de una organización, asociación o colectiva)** ante el IMCINE en esta convocatoria:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Nacionalidad |  |
| RFC |  |
| Domicilio |  |
| Número de teléfono |  |
| Correo electrónico |  |

* De la **organización, asociación o colectiva** que solicita el estímulo en esta convocatoria: *(Llenar solo si aplica)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Domicilio |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |
| Página web y/o redes sociales (si las tienen). |  |
| Fecha de inicio de actividades de manera conjunta |  |
| Años de trabajo conjunto y consecutivo en formación audiovisual |  |
| Localidades (estados, municipios) donde ha trabajado |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Día/mes/año

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**Persona solicitante (Formadora o representante de una organización, asociación o colectiva)** ante el IMCINE