|  |  |
| --- | --- |
| PROAGRO Productivo | DECLARATORIA EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL PROAGRO PRODUCTIVO |

(Lugar y fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 201\_\_\_

**Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural,**

**Pesca y Alimentación (SAGARPA)**

**Presente**

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en por propio derecho ( ) o en calidad de representante legal ( ) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CURP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RFC física ( )/moral ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como beneficiario del Componente PROAGRO Productivo. Con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; mismo que señalo para oír y recibir toda clase de notificaciones, por medio de la presente, **declaro bajo protesta de decir verdad** que:

**No estoy obligado a inscribirme ante el Instituto Mexicano del Seguro Social por no tener trabajadores a mi cargo, conforme a la Ley del Seguro Social.**

Lo anterior conforme a lo señalado en las “Reglas para la obtención de la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social”, aprobadas por el Consejo Técnico del IMSS, mediante Acuerdo ACDO. SA1.HCT. 101214/281.P.DIR, del 10 de diciembre de 2014, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2015 y modificadas a través del Acuerdo ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ dictado por el H. Consejo Técnico del IMSS, relativo a la autorización para modificar la Primera de las Reglas para la obtención de la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **NOMBRE Y FIRMA (O HUELLA) DEL PRODUCTOR** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO DEL CADER** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DEL CADER** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FECHA DE RECIBIDO Y SELLO DEL CADER** |