

**CONSTANCIA DE DESISTIMIENTO DE SERVICIOS**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Folio: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ encontrándome en pleno uso y goce de mis facultades y libre de cualquier coacción, es mi decisión y por así convenir a mis intereses **NO** aceptar en este momento los servicios de gestiones, apoyo, traslado y/o acompañamiento que se me ofrecen en este instante a:

Parte médico de lesiones	Centro de Justicia para las Mujeres	Ciudad Niñez
Domicilio particular	Domicilio de red de apoyo	
Refugio/albergue	Otros (especifique)	

Por lo que deslindo de cualquier responsabilidad administrativa, civil, penal, de cualquier otra índole o naturaleza, a las personas que me brindaron la atención.

Dicho lo anterior, me responsabilizo de mi decisión pese a que por parte del personal especializado que me ha atendido, me ha hecho saber el riesgo inminente en mi integridad física y/o psicológica por parte del generador de violencias. Aun así y a sabiendas de ello, es mi deseo retirarme del Centro de Integración de Apoyo a las Mujeres- Ser Mujer, sin haber aceptado dicho apoyo.

Exposición de Motivos:

---



---



---



---

<b>Nombre y firma de la persona que se desiste del servicio</b> (Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada fue emitida por la suscrita)	<b>Huella</b>
---	---------------

<b>Trabajo Social</b>	<b>Psicología</b>	<b>Jurídico</b>
-----------------------	-------------------	-----------------

(Nombre y firma de quien/es brindaron la orientación/atención y número de Cédula Profesional)