

Formato AC-6
Aviso de Cambio de Domicilio de las Agencias de Colocación de Trabajadores

Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en DOF
	DD MM AAAA
Lugar de la solicitud	

Matriz

Sucursal

Datos generales				
Entidad Federativa donde se encuentra la Matriz o Sucursal	Agencia de colocación			Número de autorización y registro
	Con fines de lucro	Sin fines de lucro	Colocación en el exterior	

Persona física	Persona moral
Nombre(s):	Denominación o razón social de la agencia de colocación:
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

Nuevo domicilio de la matriz o de la sucursal

Código postal:	Calle:
Número exterior:	Número interior:
Localidad:	Colonia:
Estado:	Municipio o Alcaldía:
Teléfonos:	Correo electrónico (s):

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Domicilio anterior de la matriz o de la sucursal

Código postal:	Colonia:	
Número exterior:	Número interior:	Municipio o Alcaldía:
Localidad:	Telefonos (s):	
Estado:	Correo electrónico (s):	
Calle:		

Titular de la agencia de colocación

Nombre (s):
Apellido paterno:
Apellido materno:
Firma:

Documentos que presenta la agencia (persona física y moral) al realizar el trámite (original y copia)

Documentos	Marca con una "X"
Identificación de la persona que realiza el trámite	
Constancia de domicilio	

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) podrá difundir y publicar la información contenida en el presente formato, en los términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Es dado en _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.