

Formato AC-7

Aviso de Suspensión Temporal de Actividades o Cierre Definitivo de las Agencias de Colocación de Trabajadores

Homoclave del formato
Lugar de la solicitud

Fecha de publicación del formato en DOF		
DD	MM	AAAA

Suspensión temporal	Cierre definitivo	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
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
Denominación o razón social de la agencia de colocación:

Motivos para la suspensión de actividades o el cierre definitivo

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

Titular de la agencia de colocación

Nombre (s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Firma

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 _____.