****

**OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO**

Por este medio me dirijo al Secretariado Técnico para externar mi aceptación en formar parte del **Mecanismo de Coordinación** del **OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO**, participando en la toma de decisiones sobre su funcionamiento y firmando las iniciativas que a través del mismo se promuevan.

 ( ) Personal

( ) Institucional (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*En el Grupo de:*

( ) Indicadores

( ) Monitoreo de Políticas Públicas

( ) Comunicación y Difusión de resultados

( ) En las reuniones generales firmando las iniciativas que promueva el Observatorio

( ) Firmando los documentos de seguimiento con consentimiento informado

( ) Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sin más

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

Nombre y firma

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_