

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

Homoclave del formato
Lugar de la solicitud

Fecha de publicación del formato en DOF		
DD	MM	AAAA

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:

Nuevo domicilio de la matriz o de la sucursal

Código postal:	Calle:	
Número exterior:	Número interior:	Colonia:
Localidad:	Municipio o Alcaldía:	
Estado:		
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 _____.