

**RELEVAMIENTO FEDERAL DE COOPERATIVAS Y MUTUALES PARA EL FOMENTO DE LA
IGUALDAD DE GÉNERO****La entidad es una COOPERATIVA / MUTUAL**

(Tachar lo que no corresponda)

1. COMPOSICIÓN

1.A Consejo de Administración / Consejo Directivo

Indiquen en números la composición del Consejo de Administración/Consejo Directivo conforme su identidad de género

MUJER	VARÓN	PERSONAS LGTBTTIQNB+

1.B Total de asociadas/os/es

Indiquen en números la composición del total de asociadas/os/es conforme su identidad de género. Si se trata de una mutual, indique la composición de las distintas categorías de asociadas/os/es

MUJER	VARÓN	PERSONAS LGTBTTIQNB+

1.C Órgano de fiscalización

Indiquen en números la composición del total del órgano de fiscalización conforme su identidad de género

MUJER	VARÓN	PERSONAS LGTBTTIQNB+

2. ADOPCIÓN DE PROTOCOLOS

Indiquen si la entidad ha suscripto Protocolos de prevención de violencias **SÍ/NO**
(Tachar lo que no corresponda)

En caso de tener Protocolos vigentes indique fecha de aprobación del mismo

3. OTRAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS Y/O POLÍTICAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DIVERSIDAD

Indiquen las acciones realizadas por la entidad vinculadas con la prevención de las violencias (por ejemplo, si la entidad brinda o tiene como uno de sus objetivos en el proyecto las capacitaciones, medidas para la inserción laboral igualitaria y reducción de brechas de géneros y discriminación.) Desarrollen sus alcances y periodicidad en el desarrollo de las mismas.

4. VÍNCULOS TERRITORIALES

Indiquen los vínculos territoriales establecidos por la entidad a los fines de abordar la inclusión de mujeres y personas del colectivo LGBTTIQNB+, la prevención de violencias y otros temas que resulten relevantes. Desarrollen sus alcances y periodicidad en el desarrollo de las mismas, así como las organizaciones o instituciones con las que articulan.

5. PERTENENCIA A ENTIDADES DE GRADO SUPERIOR

Indiquen si la entidad está integrada en una organización de segundo grado **SÍ/NO**
(Tachar lo que no corresponda)

En caso de que la respuesta sea Sí, indiquen a cuál

6. APLICACIÓN DE LENGUAJE INCLUSIVO

Indiquen si la entidad lo está aplicando en documentos, planillas, y todo material que produce. **SÍ/NO**
(Tachar lo que no corresponda)

En caso de que la respuesta sea Sí, indiquen en cuáles