

DE CADA TIPO DE DELITO, SE REGISTRA UN MÁXIMO DE CINCO DELITOS, AUN CUANDO EL NÚMERO DE VECES SEA MAYOR A CINCO.
 APLICAR ESTA SECCIÓN, SÓLO SI EN LA PREGUNTA 6.12 DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR SE CIRCULÓ ROBO TOTAL DE VEHÍCULO

I. Delitos a vehículos (robo total)

1.1 ¿Mencionó que en 2009 fue víctima de robo total de vehículo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

¿Cuántas veces?

No.....2

PASE A LA SECCIÓN DE DELITO QUE CORRESPONDA

Número de delito	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8
	¿Estuvo presente al momento del robo? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>	¿Llevaba(n) arma(s) el o los delincuentes? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>	¿En qué estado ocurrió el delito? <i>ANOTE EL ESTADO</i>	¿En qué municipio? <i>ANOTE EL MUNICIPIO O DELEGACIÓN</i>	¿Era suyo el vehículo? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>	¿Qué tipo de vehículo le robaron? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>	¿Estaba asegurado? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>
	Sí..... 1 No 2 <i>PASE A 1.4</i>	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 9			Sí..... 1 No 2	camioneta 1 auto 2 camión 3 otro 4	Sí..... 1 No 2 <i>CONTINÚE PARA CADA DELITO CON LAS PREGUNTAS 1.9 A 1.14</i>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Número de delito	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14
	¿Se recuperó el vehículo? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>	¿Estaba completo? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>	¿Este delito fue denunciado ante el Ministerio Público? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>	¿El Ministerio Público inició una averiguación previa? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>	¿En qué mes sucedió el delito? <i>REGISTRE CON NÚMERO</i>	<i>REGISTRE EL CÓDIGO "1" AL ÚLTIMO DELITO OCURRIDO</i>
	Sí..... 1 No 2 <i>PASE A 1.11</i>	Sí..... 1 No 2	Sí..... 1 No 2 <i>PASE A 1.13</i>	Sí..... 1 No 2	<i>NO SABE O NO RESPONDE..... 99</i> <i>PASE AL SIGUIENTE RENGLÓN DE DELITO O REGISTRE EL ÚLTIMO DELITO OCURRIDO</i>	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEL ÚLTIMO DELITO, REGISTRE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE EN EL "MÓDULO DE ÚLTIMO DELITO"

II. Delitos a vehículos (robo parcial)

APLICAR ESTA SECCIÓN SÓLO SI EN 6.12 DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR SE MARCÓ ROBO PARCIAL DE VEHÍCULO

2.1 ¿Mencionó que en 2009 fue víctima de robo parcial (accesorios, refacciones o herramientas) de vehículo?

Sí1 → ¿Cuántas veces? REGISTRE

No 2 → PASE A LA SECCIÓN DE DELITO QUE CORRESPONDA

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Número de delito	2.2 ¿Era suyo el vehículo? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí..... 1 No 2	2.3 ¿Estuvo presente al momento del robo? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí..... 1 No 2 ↓ PASE A 2.5	2.4 ¿Llevaba(n) arma(s) el o los delincuentes? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí..... 1 No 2 No sabe..... 9	2.5 ¿En qué estado ocurrió el delito? <small>ANOTE EL ESTADO</small>	2.6 ¿En qué municipio? <small>ANOTE EL MUNICIPIO O DELEGACIÓN</small>	2.7 ¿Este delito fue denunciado ante el Ministerio Público? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí..... 1 No 2 → PASE A 2.9	2.8 ¿El Ministerio Público inició una averiguación previa? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí.....1 No2	2.9 ¿En qué mes sucedió el delito? <small>REGISTRE CON NÚMERO</small> NO SABE O NO RESPONDE 99 PASE AL SIGUIENTE RENGLÓN DE DELITO O REGISTRE EL ÚLTIMO DELITO OCURRIDO	2.10 <small>REGISTRE EL CÓDIGO "1" AL ÚLTIMO DELITO OCURRIDO</small>
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEL ÚLTIMO DELITO, REGISTRE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE EN EL "MÓDULO DE ÚLTIMO DELITO"

III. Robo a casa habitación

APLICAR ESTA SECCIÓN, SÓLO SI EN LA PREGUNTA 6.12 DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR SE MARCÓ ROBO A CASA HABITACIÓN

3.1 ¿Mencionó que en 2009 fue víctima de robo a casa habitación?

Sí1 → ¿Cuántas veces? REGISTRE

No 2 → PASE A LA SECCIÓN DE DELITO QUE CORRESPONDA

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Número de delito	3.2 ¿Estuvo presente algún integrante del hogar al momento del robo? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí..... 1 No 2 PASE A 3.4 ←	3.3 ¿Llevaba(n) arma(s) él o los delincuentes? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí..... 1 No 2 No sabe..... 9	3.4 ¿En qué estado ocurrió el delito? <small>ANOTE EL ESTADO</small>	3.5 ¿En qué municipio? <small>ANOTE EL MUNICIPIO O DELEGACIÓN</small>	3.6 ¿Este delito fue denunciado ante el Ministerio Público? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí..... 1 No 2 → PASE A 3.8	3.7 ¿El Ministerio Público inició una averiguación previa? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí.....1 No2	3.8 ¿En qué mes sucedió el delito? <small>REGISTRE CON NÚMERO</small> NO SABE O NO RESPONDE... 99 PASE AL SIGUIENTE RENGLÓN DE DELITO O REGISTRE EL ÚLTIMO DELITO OCURRIDO	3.9 <small>REGISTRE EL CÓDIGO "1" AL ÚLTIMO DELITO OCURRIDO</small>
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEL ÚLTIMO DELITO, REGISTRE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE EN EL "MÓDULO DE ÚLTIMO DELITO"

IV. Delitos

<p>4.1</p> <p>Mencionó que en 2009 usted fue víctima de algún delito. ¿Podría decirme de cuál o cuáles delitos se trató?</p> <p><i>MARQUE CON UNA CRUZ EL (LOS) TIPO(S) DE DELITO(S) QUE SUFRIÓ LA VÍCTIMA</i></p>	<p>4.2</p> <p>¿Cuántas veces le sucedió?</p> <p><i>REGISTRE CON NÚMERO</i></p>	<p>4.3</p> <p>¿En qué estado ocurrió el delito?</p> <p><i>ANOTE EL ESTADO</i></p>	<p>4.4</p> <p>¿En qué municipio o ciudad le sucedió?</p> <p><i>ANOTE EL MUNICIPIO O CIUDAD</i></p>	<p>4.5</p> <p>¿Estuvo presente al momento del delito?</p> <p><i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i></p> <p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p><i>PASE A 4.7</i></p>
<p>02 <input type="checkbox"/> Robo a transeúnte (incidente diferente a caso de banco o cajero automático)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	
<p>04 <input type="checkbox"/> Robo relacionado con una visita a un banco o cajero automático</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>06 <input type="checkbox"/> Otros robos</p> <p><i>ANOTE</i></p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>07 <input type="checkbox"/> Extorsión (fue amenazado o engañado para entregar dinero u otra cosa)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>08 <input type="checkbox"/> Fraude o clonación de tarjetas (entregó dinero a cambio de un bien o servicio)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>

<p>4.6</p> <p>¿Llevaba(n) arma(s) el o los delincuentes?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 9</p> <p>→</p>	<p>4.7</p> <p>¿Este delito fue denunciado ante el Ministerio Público?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No 2 → <small>PASE A 4.9</small></p> <p>→</p>	<p>4.8</p> <p>¿El Ministerio Público inició una averiguación previa?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>→</p>	<p>4.9</p> <p>¿En qué mes sucedió el delito?</p> <p>REGISTRE CON NUMERO</p> <p>NO SABE O NO RESPONDE.....99</p> <p>PASE AL SIGUIENTE RENGLÓN DE DELITO O REGISTRE EL ÚLTIMO DELITO OCURRIDO</p> <p>→</p>	<p>4.10</p> <p><i>PARA CADA TIPO DE DELITO REGISTRE EL CÓDIGO "1" AL ÚLTIMO DELITO OCURRIDO</i></p>
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

IV. Delitos

<p>4.1</p> <p>Mencionó que en 2009 usted fue víctima de algún delito. ¿Podría decirme de cuál o cuáles delitos se trató?</p> <p><i>MARQUE CON UNA CRUZ EL (LOS) TIPO(S) DE DELITO(S) QUE SUFRIÓ LA VÍCTIMA</i></p>	<p>4.2</p> <p>¿Cuántas veces le sucedió?</p> <p><i>REGISTRE CON NÚMERO</i></p>	<p>4.3</p> <p>¿En qué estado ocurrió el delito?</p> <p><i>ANOTE EL ESTADO</i></p>	<p>4.4</p> <p>¿En qué municipio o ciudad le sucedió?</p> <p><i>ANOTE EL MUNICIPIO O CIUDAD</i></p>	<p>4.5</p> <p>¿Estuvo presente al momento del delito?</p> <p><i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i></p> <p>Sí..... 1 No 2</p> <p><i>PASE A 4.7</i></p>
<p>09 <input type="checkbox"/> Lesiones</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	
<p>10 <input type="checkbox"/> Secuestro o secuestro exprés</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	
<p>11 <input type="checkbox"/> Delitos sexuales</p> <p><i>ANOTE</i></p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	
<p>12 <input type="checkbox"/> Otros delitos</p> <p><i>ANOTE</i></p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>

<p>4.6</p> <p>¿Llevaba(n) arma(s) el o los delincuentes?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 9</p> <p>→</p>	<p>4.7</p> <p>¿Este delito fue denunciado ante el Ministerio Público?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>→ PASE A 4.9</p>	<p>4.8</p> <p>¿El Ministerio Público inició una averiguación previa?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>→</p>	<p>4.9</p> <p>¿En qué mes sucedió el delito?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>NO SABE O NO RESPONDE..... 99</p> <p>PASE AL SIGUIENTE RENGLÓN DE DELITO O REGISTRE EL ÚLTIMO DELITO OCURRIDO</p> <p>→</p>	<p>4.10</p> <p>PARA CADA TIPO DE DELITO REGISTRE EL CÓDIGO "1" AL ÚLTIMO DELITO OCURRIDO</p>
<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>

