****

**FORMULARIO PRESENTACIÓN CANDIDATO**

**CONSEJO CONSULTIVO DE LA DISCAPACIDAD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identificación de la Organización** | | | |
| Nombre de Organización / Razón Social: | | | |
| Dirección: | | | |
| RUT: | | | |
| Personalidad Jurídica: | | | |
| **Identificación del o la representante legal** | | | |
| Nombres y Apellidos: | | RUN: | |
| Dirección: | | Correo Electrónico**\***: | |
| Teléfono 1: | | Teléfono 2: | |
| **Identificación de la candidata o candidato** | | | |
| Nombres y apellidos: | | RUN: | |
| Dirección: | | Correo Electrónico**\***: | |
| Teléfono 1: | | Teléfono 2: | |
| **Categoría a Postular (marque sólo una opción):** | | | |
| Organizaciones de Personas con Discapacidad Visual |  | Organizaciones de Personas con Discapacidad Intelectual |  |
| Organizaciones de Personas con Discapacidad Psíquica |  | Instituciones privadas sin fines de lucro constituidas para atender a personas con discapacidad |  |

\*El uso de correo electrónico, es obligatorio, ya que será el principal medio de comunicación, entre los postulantes y SENADIS, para efectos del proceso eleccionario.