****

**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.