FORMULARIO PRESENTACIÓN CANDIDATO

CONSEJO SOCIEDAD CIVIL

|  |
| --- |
| **Identificación de la organización** |
| Nombre organización / razón social: |
| RUT: |
| Región: |
| Dirección: |
| Tipo de Organización:(marque con una X) | De Personas con Discapacidad |  | Para Personas con Discapacidad |  |
| Tipo de discapacidad que desea representar (solo organizaciones De PcD): |
| **Identificación del representante legal** |
| Nombre y apellidos: | RUT**\***: |
| Teléfono: | Correo electrónico: |

|  |
| --- |
| **Identificación del candidato** |
| Nombre y apellidos: | RUT**\***: |
| Teléfono: | Correo electrónico: |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Firma representante organización | Firma candidato organización |

 Fecha: