**FORMATO RECEPCIÓN DOCUMENTOS DE CANDIDATOS POSTULADOS PARA SER REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD CIVIL DEL COMITÉ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DISCAPACIDAD DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE ACUERDO CON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_; y dando cumplimiento al calendario establecido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; se reciben los documentos para la postulación como candidato de la sociedad civil del Comité \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de Discapacidad.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATEGORÍA DISCAPACIDAD** | | | | | | **MARQUE CON UNA EQUIS** | | |
| Discapacidad física | | | | | |  | | |
| Discapacidad visual | | | | | |  | | |
| Discapacidad auditiva | | | | | |  | | |
| Padres de familia de personas con discapacidad mental y/o cognitiva (intelectual) | | | | | |  | | |
| Discapacidad múltiple | | | | | |  | | |
| Discapacidad mental psicosocial | | | | | |  | | |
| Discapacidad sordoceguera | | | | | |  | | |
| **Nombres y apellidos del candidato:** |  | | | | | | | |
| **Cédula del candidato:** | | | | **Teléfonos de contacto:** | | | | |
| **Dirección de correo electrónico del candidato:** | | | | | | | | |
| **¿Se postula a través de una organización? (Marque con una equis):** | **SI** | **NO** | **¿Se postula como persona natural? (Marque con una equis):** | | | **SI** | **NO** | |
|  |  |  |  | |
| **Nombre de la organización a través de la cual se postula, en caso de ser así:** |  | | | | | | | |
| **NIT de la organización a través de la cual se postula, en caso de ser así:** |  | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS RECIBIDOS** | | | | | | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | | | | | | **SI** | **NO** | |
| Copia de la cédula de ciudadanía. | | | | | |  |  | |
| Certificado de discapacidad, o copia de la historia clínica o del certificado médico, que describa su discapacidad. | | | | | |  |  | |
| Carta de aval de la organización que representa. | | | | | |  |  | |
| Carta de intención para postularse como persona natural. | | | | | |  |  | |
| Documento que acredite residencia del candidato en el *municipio / localidad* | | | | | |  |  | |
| Documento de propuesta de representación ante el Comité de Discapacidad, teniendo en cuenta la Resolución 3317 de 2012. | | | | | |  |  | |
| Foto tipo documento para tarjetón. | | | | | |  |  | |
| **DOCUMENTOS EXCLUSIVOS PARA CANDIDATOS DE PADRES DE FAMILIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL Y/O COGNITIVA (INTELECTUAL)** | | | | | | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | | | | | | **SI** | | **NO** |
| Documento de identidad del hijo o de un familiar dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con discapacidad. | | | | | |  | |  |
| Certificado de discapacidad, o copia de la historia clínica o del certificado médico, que acredite la discapacidad del hijo o de un familiar dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con discapacidad. | | | | | |  | |  |
| **TRATAMIENTO DE DATOS:** Los datos e información suministrada por el candidato (a), serán tratados de acuerdo a lo estipulado en la Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. | | | | | | | | |
| **FIRMAS** | | | | | | | | |
| **Firma del candidato postulado:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cédula del candidato postulado:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | **Nombres y apellidos de persona que recibe documentos:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cargo de la persona que recibe documentos:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |