**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**I. Identificación de la persona en situación de discapacidad** (*Escriba su respuesta o marque con una X*)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Rut |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Dirección |  |
| Teléfono |  |
| Email |  |
| Nº Registro de discapacidad |  |
| Actividad laboral actual |  |
| Tipo de discapacidad | Física |  | Auditiva |  | Visual |  | Cognitiva |  |
| Autismo |  | Otra |  | Cuál |  |
| Requerimientos específicos para participar del seminario |  Accesos para silla de ruedas u otro apoyo para la movilidad |  |
| Intérprete de LSCh |  |
| Sistema Braille |  |
| Otra (*Describa*) |

**II. Identificación de adulto responsable de una persona en situación de discapacidad** (*Complete sólo si corresponde. Escriba su respuesta*)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Rut |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Dirección |  |
| Teléfono |  |
| Email |  |
| Relación con la persona en situación de discapacidad que representa |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de postulación |  |

