**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 |  |

[](https://www.google.cl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiOlPWX3YXcAhWGQ5AKHTuaC_8QjRx6BAgBEAU&url=https://twitter.com/sedeuach&psig=AOvVaw1sE8fBt1LEGC37ePiPHu9k&ust=1530803361769935)