**PROCESO ELECCIONARIO DE**

**REPRESENTANTES A LOS CONSEJOS LOCALES DE DISCAPACIDAD**

**JORNADA UNICA ELECTORAL CIUDADANA**

**FORMATO DE MANIFESTACIÓN VOLUNTARIA DE PRESENTACIÓN DE CANDIDATURA**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nombres y apellidos), identificada(o) con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tipo de documento) número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ manifiesto clara y expresamente que en ejercicio de mi capacidad jurídica y la autonomía de mi voluntad deseo hacer parte del proceso de postulaciones al **Consejo Local de Discapacidad** de la localidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por el sector de discapacidad: Seleccione solo una de las siguientes opciones

* **auditivo** ( )
* **cognitivo** ( )
* **múltiple** ( )
* **físico** ( )
* **sordoceguera** ( )
* **psicosocial** ( )
* **cognitivo** ( )

De otra parte, admito conocer y aceptar los requisitos que se establecen en el proceso eleccionario, así como las funciones y responsabilidades que asumiré en el caso de ser seleccionado como Representante al Consejo Local de Discapacidad

Teniendo en cuenta lo anterior, manifiesto que: (señale con una X, solo una de las siguientes opciones)

* ( ) **Sí**, requiero o solicito que se tengan en cuenta los siguientes apoyos informales y ajustes razonables durante el proceso de postulación y candidatura a Representante al Consejo Local de Discapacidad y en el eventual ejercicio al interior de la instancia en dado caso que sea elegido como representante local en el mencionado proceso eleccionario: (Mencione a continuación los apoyos informales o ajustes razonables que requiere. Si cuenta con acuerdo de apoyos debidamente formalizado o sentencia de adjudicación judicial de apoyos, menciónelo y adjúntelos a este formato).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ( ) **No** requiero apoyos informales o ajustes razonables durante el proceso de postulación y candidatura a Representante al Consejo Local de Discapacidad, ni para el ejercicio al interior de la instancia en dado caso que sea elegido como representante local en el mencionado proceso eleccionario

Como constancia de lo anterior se firma a los \_\_\_\_\_\_\_ (día) del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (año)

**Firma postulado/a: Firma:**

**Nombres y Apellidos postulado/a: Nombres y Apellidos:**

**Tipo y número de documento postulado/a: Tipo y número de documento:**

(Sólo debe ser diligenciado por el padre/madre o representante legal en el caso que

el postulado sea un menor de edad)

**NOTA ACLARATORIA:** La información enviada contiene datos susceptibles de reserva legal, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 15 de la Constitución Política, 27 de la Ley 594 de 2000 -*Ley General de Archivos*, 24 la Ley 1755 de 2015- *Derecho Fundamental de Petición* y 5 de la Ley 1581 de 2012 -*Protección de datos personales,* por lo tanto se deja constancia de que esta información y manifestación de la voluntad solo estará supeditada a los fines expresos para el proceso de elecciones al Consejo Distrital de Discapacidad.