



FORMULARIO DE DECLARACION DE DISCAPACIDAD

CONCURSO PÚBLICO Y ABIERTO DE MÉRITOS - RESOLUCION N° 090 de 2020 PARA LA SELECCIÓN DE PERSONERO MUNICIPAL 2020 - 2024

Si usted tiene alguna discapacidad física (motora) y/o sensorial (visión, audición) por favor indíquela para que pueda recibir condiciones de apoyo el día de la presentación del examen

I. DATOS DEL ASPIRANTE

1. APELLIDOS

NOMBRES

2. DATOS DE CONTACTO

2.1. DIRECCION DE RESIDENCIA

2.2. Ciudad de Residencia

3.2. Teléfono Residencia

2.3. Correo Electrónico

3.4. Teléfono Celular

II. DISCAPACIDAD

Por favor indique:

Marque con una X	DISCAPACIDAD	¿REQUIERE APOYO para la presentación de las Pruebas?	
		NO	SI
<input type="checkbox"/>	LIMITACIÓN VISUAL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD VISUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LIMITACIÓN O DISCAPACIDAD FÍSICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. FIRMA

La presente solicitud de inscripción se firma en la ciudad de Bucaramanga a los _____ días del mes de _____ de 2020