**FICHA DE DISCAPACIDAD**

**DATOS DEL POSTULANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Cargo al que postula** |  |
| **Escalafón**  |  |
| **Números de Contacto Actualizados** |  |
| **Correo Electrónico** |  |

**EN CONFORMIDAD A LA LEY N° 20.422, ACERCA DE LA DISCAPACIDAD INDIQUE:**

 **DISCAPACIDAD:**

**1.- INDIQUE DISCAPACIDAD, TIPO Y GRADO QUE PRESENTA**:

**2.- SEÑALE SI PRESENTA ALGÚN IMPEDIMENTO O DIFICULTAD ASOCIADA A SU DISCAPACIDAD QUE INCIDA EN LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS QUE SE REALIZAN EN LOS PROCESOS DE SELECCIÓN:**

**Debe acompañar a esta ficha copia, por ambos lados, la Credencial de Discapacidad emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación.**

**FECHA FIRMA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**