

**SECRETARÍA TÉCNICA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD**

**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 Distrital de Discapacidad** por el sector de discapacidad: Seleccione solo una de las siguientes opciones

- **auditivo** ( )
- **cognitivo** ( )
- **múltiple** ( ).

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 Distrital 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 Distrital de Discapacidad y en el eventual ejercicio al interior del **Sistema Distrital de Discapacidad** en dado caso que sea elegido como representante distrital 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, méncionelo y adjúntelos a este formato).

---

---

---

---

---

---

- ( ) **No** requiero apoyos informales o ajustes razonables durante el proceso de postulación y candidatura a Representante al Consejo Distrital de Discapacidad, ni para el ejercicio al interior del **Sistema Distrital de**

**EVITE ENGAÑOS:** Todo trámite ante esta entidad es gratuito, excepto los costos de reproducción de documentos. Verifique su respuesta en la página [www.sdp.gov.co](http://www.sdp.gov.co) link "Estado Trámite". Denuncie en la línea 195 opción 1 cualquier irregularidad.

Cra. 30 Nº 25 -90  
pisos 5, 8,13 / SuperCade piso 2



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

PBX: 335 8000  
[www.sdp.gov.co](http://www.sdp.gov.co)  
Código Postal: 1113111

**Discapacidad** en dado caso que sea elegido como representante distrital en el mencionado proceso electoral

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

**Firma postulado/a:**  
**Nombres y Apellidos postulado/a:**  
**Tipo y número de documento postulado/a:**

**Firma:**  
**Nombres y Apellidos:**  
**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.

**EVITE ENGAÑOS:** Todo trámite ante esta entidad es gratuito, excepto los costos de reproducción de documentos. Verifique su respuesta en la página [www.sdp.gov.co](http://www.sdp.gov.co) link "Estado Trámite". Denuncie en la línea 195 opción 1 cualquier irregularidad.

**Cra. 30 N° 25 -90**  
pisos 5, 8,13 / SuperCade piso 2



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**PBX: 335 8000**  
**www.sdp.gov.co**  
**Código Postal: 1113111**