



MUNICIPIOS
DE MONTEVIDEO

CONCEJOS VECINALES

TU BARRIO ESTÁ EN VOS

Juntos construimos comunidad



JUNTA DEPARTAMENTAL
DE MONTEVIDEO

ELECCIONES CONCEJOS VECINALES

Noviembre 2023

Inscripción de Candidata/o

ESCRIBIR CON LETRA IMPRENTA

MUNICIPIO*:

CONCEJO VECINAL*:

CCZ*:

SUBZONA:

(en caso de desconocer la Subzona, será completada en el CCZ)

Nombre y apellido*:

(como figura en CI)

Sobrenombre o apodo (si tiene):

CI*:

(adjuntar fotocopia)

Sexo/género:

Hombre

Mujer trans

Mujer

Otros (especifique):

Hombre trans

Ascendencia étnico racial: Afro o negra

(autopercepción)

Indígena

Asiática o amarilla

Otros (especifique):

Blanca

Si respondió más de una. ¿Cuál cree que es la principal?:

Afro o negra

Indígena

Asiática o amarilla

Otros (especifique):

Blanca

Domicilio*:

esq*:

Fecha de Nacimiento*:

Edad*:

Teléfono/celular*:

Otro teléfono/otro celular:

Correo electrónico*:

(La información marcada con * es obligatoria para cumplir con los requisitos)



MUNICIPIOS
DE MONTEVIDEO

CONCEJOS VECINALES

TU BARRIO ESTÁ EN VOS

Juntos construimos comunidad



JUNTA DEPARTAMENTAL
DE MONTEVIDEO

ESTUDIOS CURSADOS*

(marque el último nivel alcanzado)

Primaria Incompleta:

Primaria Completa:

Secundaria/UTU Incompleta:

Secundaria/UTU Completa:

Universidad/Nivel Terciario Incompleto:

(incluye IPA, Magisterio, E. Militar)

Universidad/Nivel Terciario Completo:

(incluye IPA, Magisterio, E. Militar)

ACTIVIDAD LABORAL *

(marque lo que corresponde)

Está trabajando actualmente:

No trabaja

(porque es jubilado/a y/o pensionista):

No trabaja

(porque está desocupado/a):

No trabaja (porque está estudiando):

Otros (especificar):

Tipo de residencia*:

(marcar lo que corresponda)

Personal

Laboral

Social

Antecedentes como Concejal/a*:

(marcar todo lo que corresponda)

Primera vez

**Actualmente
es Concejal/a**

**Fue Concejal/a
en períodos anteriores**

Se presenta por*:

(marcar lo que corresponda)

20 Vecinas/os

Organización Social

Deberá adjuntar la documentación Planilla con 20 Firmas o Nota Aval de la Organización Social

Nombre de organización social que le presenta:

(si corresponde)

Si integra otras organizaciones sociales:

(indicar nombre)

FIRMA*:

COMISIÓN ELECTORAL – AVALADA POR:

(para completar por Comisión Electoral)

(La información marcada con * es obligatoria para cumplir con los requisitos)