



Concejo de Participación de Personas Con Discapacidad

Formulario para avalar candidaturas a integrar al Concejo

Montevideo, 16 de diciembre del 2024

Nombre y apellido completo del candidato o candidata:.....

Número de cédula de identidad:.....

Fecha de Nacimiento:..... Teléfono de contacto:.....

Correo electrónico:.....

En la siguiente tabla, complete los datos correspondientes a las 10 personas que avalan su candidatura. Recordamos que no pueden ser familiares directos hasta un segundo grado de consanguinidad de la persona candidata, tomando esta declaración un carácter de declaración jurada.

Nombre y Apellido	Cédula de identidad	Teléfono de contacto	Correo electrónico	Firma

Edificio Sede. Av. 18 de Julio 1360. Piso X. CP 11200. Montevideo, Uruguay.

Tel: (598 2) 1950 0000 / 2222. Fax: (598 2) 1950 3333. xxx@imm.gub.uy