**Declaración jurada simple**

**Personas en situación de discapacidad**

Osorno, / / 2025

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rut \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como Presidente y/o Representante legal de la Organización denominada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rut\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy fé de que las siguientes personas asistentes a la asamblea de presentación de la idea de proyecto, son personas en situación de discapacidad o cuidadores/as de personas en situación de discapacidad.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre PsD** | **RUT PsD** | **Nombre cuidador/a****(SI APLICA)** | **Rut cuidador/a****(SI APLICA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Finalmente, autorizo a la Ilustre Municipalidad de Osorno, a verificar los datos anteriormente expuestos, de ser necesario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma presidente**

 **y timbre Organización.**