**FECHA\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Nº DE DECLARACIÓN Ley N° 18.651.**

# NOMBRES

# APELLIDOS

# CÉDULA DE IDENTIDAD PERFIL/ES POSTULADO/S

# TELÉFONO DE CONTACTO N. INSCRIPCION

DECLARATORIA

Presenta constancia de inscripción en el Registro Nacional de Personas con Discapacidad de la Dirección de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

SI NO

***Por la presente, solicito a la Administración Nacional de Correos quedar comprendido en el llamado referenciado en la provisión porcentual que establece artículo 49 de la Ley 18651 (Participación de Personas en situación de Discapacidad) y por tanto estar amparado a la norma citada.***

# FIRMA DEL INSCRIPTO FUNCIONARIO INSCRIPTOR

# (FIRMA-CARPETA)

..............................................................................................................................