**FORMULARIO DEDUCCIÓN DE RECLAMO RECHAZO ACREDITACIÓN**

**CONSEJO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA, PROVINCIA DE CONCEPCIÓN.**

 **SEREMI DE SALUD REGIÓN DEL BIOBIO 2024**

Las organizaciones e instituciones cuya acreditación al proceso de postulación del Consejo Participación Ciudadana, provincia de Concepción de la Seremi de Salud, región del Bio Bio, haya sido rechazada por la comisión electoral, deberán completar los siguientes datos para efectos de hacer válida su deducción de reclamo.

1. **ANTECEDENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre representante** |  |
| **RUT** |  |
| **Nombre de la Organización** |  |
| **RUT de la Organización** |  |
| **Cargo que ocupa en su organización.**  | *(Presidenta/e, Vicepresidenta/e, Secretaria/o, Tesorera/o, Secretaria/o de actas, No Aplica, u Otros)* |
| **Email**  |  |
| **Teléfono/Celular** |  |
| **Dirección**  |  |

1. **DEDUCCIÓN DE RECLAMO**

Argumente la causal de reclamo, indicando extracto de las bases al cual Ud. se acoge.

|  |
| --- |
|  |

1. **DOCUMENTACIÓN ADJUNTA**

Señale los documentos que Ud. adjunte a su ficha de deducción, a modo de respaldo para argumentarla.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Documento | Marcar con una X |
| 1 | Certificado Personalidad Jurídica Vigente |  |
| 2 | Directiva Vigente |  |
| 3 | Otro (Indicar cual) |  |
| 4 | No aplica |  |

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

 Nombre representante Firma

Concepción, Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_