**INTEGRANTES OCC REPSONSABLE (OBLIGATORIA)**

Complete la información solicitada en esta tabla.

- Incorpore cuantas filas estime necesarias.

- En el caso de respuesta positiva en “Pertenencia a Pueblos Originarios” indicar cuál, de lo contrario sólo indicar **NO**.

- En el caso de respuesta positiva en “Capacidades diferentes” indicar tipo de afección, de lo contrario sólo indicar **NO**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre completo** | **Sexo** | **Edad** | **Teléfono de contacto** | **Email** | **Función y/o tareas en la OCC** | **Pertenencia a Pueblos Originarios (SI /NO)** | **Capacidades diferentes (marque sí o no)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INTEGRANTES OCC PARTICIPANTE 1 (OBLIGATORIA)**

Complete la información solicitada en esta tabla.

- Incorpore cuantas filas estime necesarias.

- En el caso de respuesta positiva en “Pertenencia a Pueblos Originarios” indicar cuál, de lo contrario sólo indicar **NO**.

- En el caso de respuesta positiva en “Capacidades diferentes” indicar tipo de afección, de lo contrario sólo indicar **NO**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre completo** | **Sexo** | **Edad** | **Teléfono de contacto** | **Email** | **Función y/o tareas en la OCC** | **Pertenencia a Pueblos Originarios (SI /NO)** | **Capacidades diferentes (marque sí o no)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INTEGRANTES OCC PARTICIPANTE 2 (optativa)**

Complete la información solicitada en esta tabla.

- Incorpore cuantas filas estime necesarias.

- En el caso de respuesta positiva en “Pertenencia a Pueblos Originarios” indicar cuál, de lo contrario sólo indicar **NO**.

- En el caso de respuesta positiva en “Capacidades diferentes” indicar tipo de afección, de lo contrario sólo indicar **NO**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre completo** | **Sexo** | **Edad** | **Teléfono de contacto** | **Email** | **Función y/o tareas en la OCC** | **Pertenencia a Pueblos Originarios (SI /NO)** | **Capacidades diferentes (marque sí o no)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |