



CONVOCATORIA PÚBLICA TUBERCULOSIS

COMITÉ ELECTORAL
MECANISMO DE COORDINACIÓN PAÍS - BOLIVIA

EL COMITÉ ELECTORAL DEL MECANISMO DE COORDINACIÓN PAÍS BOLIVIA (MCP) CONVOCA A LA POBLACIÓN AFECTADA Y VULNERABLE POR LA TUBERCULOSIS Y A TODAS LAS ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN EN LA TEMÁTICA, A PRESENTAR SU CARTA DE INTENCIÓN DE PARTICIPAR DEL PROCESO ELECCIONARIO, A FIN DE QUE EL MCP BOLIVIA, CUENTE CON LOS REPRESENTANTES DE LA POBLACIÓN AFECTADA Y VULNERABLE POR LA TUBERCULOSIS.

PARA SER INSCRITOS AL PADRÓN ELECTORAL LA ORGANIZACIÓN DEBERÁ CUMPLIR CON EL SIGUIENTE REQUISITO:

- TENER AL MENOS DOS AÑOS DE TRABAJO DEMOSTRADO Y DOCUMENTADO EN LA TEMÁTICA DE LA TUBERCULOSIS

EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEBE SER SOLICITADO EN EL SIGUIENTE CORREO ELECTRONICO: posulacionmcpbolivia@gmail.com

LAS PERSONAS Y ORGANIZACIONES INTERESADAS EN PARTICIPAR DE ESTE ACTO ELECCIONARIO DEBERÁN ENVIAR LA DOCUMENTACION SOLICITADA ADJUNTANDO UNA CARTA DE PRESENTACION Y EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN HASTA EL DÍA VIERNES 29 DE MARZO DE 2019, POR CORREO ELECTRÓNICO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

postulacionmcpbolivia@gmail.com

CUALQUIER INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PUEDE SER CONSULTADA A LOS TELÉFONOS: 77237553 O AL 75837372

POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO, FIRME Y ENVIÉLO A LOS CORREO ELECTRONICO:
postulacionmcpbolivia@gmail.com – secretariatecnica@mcpbolivia.org

**FORMULARIO DE INSCRIPCION AL PADRON ELECTORAL
DEL MECANISMO DE COORDINACION PAIS BOLIVIA
REPRESENTANTE DE LA POBLACION
AFECTADA O VULNERABLE POR LA TUBERCULOSIS**

Nombre y Apellidos de la persona que llena el formulario:		
Edad:	N° Carnet de Identidad:	
Teléfono de Contacto:		
El Formulario es para una Institución/Organización:	SI	NO
Cuál es el nombre de la Institución		
Cuantos años de experiencia tiene en el trabajo con las personas con tuberculosis: _____		
A que sub sector postula (marque con una X)	Pobl. Afectada _____	Pobl. Vulnerable _____
Su postulación es como candidato ** Si marco NO significa que está postulando como votante	SI	NO
¿Qué tipo de trabajo realiza con las personas con tuberculosis o con los sectores vulnerables? Por favor describa.		
POR FAVOR ADJUNTE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO.		
Otros comentarios:		
Firma de la persona que llena el formulario		
Lugar y fecha		

**POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO, FIRME Y ENVIELO A LOS CORREO ELECTRONICO:
postulacionmcpbolivia@gmail.com – secretariatecnica@mcpbolivia.org**