Ciudad, dd/mm/2024.-

**SOLICITUD DE SUBSANACIÓN**

## Fondo de CAPACITACIÓN SENADIS 2024

Señores

Servicio Nacional de la Discapacidad

**Presente**

A través de la presente, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Encargado de Postulación Proyecto de la Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, solicito considerar subsanación para la admisibilidad del proyecto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *,* folio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, debido a:

1. **Justificación**

Por cada opción seleccionada deberá indicar las razones por las cuales se debe reconsiderar la admisibilidad de acuerdo a las observaciones realizadas, además señalar el o los documentos que se adjuntan, en caso que corresponda. **La justificación quedará sujeta a análisis de SENADIS**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPCIONES** | | **JUSTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y DETALLE DE LOS DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN** |
|  | **Sin Documentos /documentos inválidos Relacionados con la Institución Postulante**: No presenta alguno o algunos de los documentos solicitados/ El o los documentos presentados no responden a los requisitos establecidos en las bases  Señalar a qué documento de la institución corresponde la subsanación |  |



Se despide atentamente,



**NOMBRE Y FIRMA**

**Encargado Postulación Proyecto**

**(Indicar Nombre de la Institución Postulante)**