

ELECCIONES AL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Solicitud de certificación para el voto por correo de electores temporalmente en el extranjero

COMPROBADA IDENTIDAD DEL/DE LA SOLICITANTE FECHA Y SELLO DE LA OFICINA CONSULAR RECEPTORA	FECHA Y SELLO:	ASUNTO: SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN
		FECHA:

DATOS DEL/DE EL/LA ELECTOR/A (Por favor, escriba en letras mayúsculas):

1.º APELLIDO	2.º APELLIDO						
NOMBRE	<input type="checkbox"/> D.N.I.:						
FECHA DE NACIMIENTO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">DÍA</td> <td style="border: none; text-align: center;">MES</td> <td style="border: none; text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	DÍA	MES	AÑO	<input type="checkbox"/> PASAPORTE:
_ _	_ _	_ _ _ _					
DÍA	MES	AÑO					
Inscrito/a en el Censo Electoral en:							
MUNICIPIO	PROVINCIA						

Desea se le envíe la documentación para el voto a la siguiente dirección en el extranjero:

DOMICILIO		
CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	PAÍS

(Una vez remitida esta solicitud, NO PODRÁ VOTAR PERSONALMENTE EN LA MESA ELECTORAL DURANTE EL DÍA DE LA VOTACIÓN).

SÓLO RELLENAR EN CASO DE ENFERMEDAD O INCAPACIDAD

Y en su nombre, en el supuesto de enfermos o incapaces que lo acrediten mediante certificación médica oficial, debidamente autorizado. *(Adjuntar ambos impresos, certificado médico y autorización, con la solicitud).*

DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE:

1.º APELLIDO	2.º APELLIDO						
NOMBRE	<input type="checkbox"/> D.N.I.:						
DOMICILIO (Calle, Plaza, Número, etc.)	<input type="checkbox"/> PASAPORTE:						
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL						
PAÍS	FECHA DE NACIMIENTO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">DÍA</td> <td style="border: none; text-align: center;">MES</td> <td style="border: none; text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	DÍA	MES	AÑO
_ _	_ _	_ _ _ _					
DÍA	MES	AÑO					

Expone la imposibilidad de emitir el voto en el lugar de residencia habitual y solicita que, al amparo de lo indicado en el art. 72 de la Ley Orgánica del Régimen Electoral General, se expida certificación acreditativa de figurar inscrito/a en el CENSO, a los efectos de emitir el voto por correo.

Firma del/de la interesado/a o del/de la representante

SR./A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA OFICINA DEL CENSO ELECTORAL DE:

(Anótese la provincia donde figura inscrito/a en el Censo Electoral)

ELECCIONES AL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Solicitud de certificación para el voto por correo de electores temporalmente en el extranjero

COMPROBADA IDENTIDAD DEL/DE LA SOLICITANTE FECHA Y SELLO DE LA OFICINA CONSULAR RECEPTORA	FECHA Y SELLO:	ASUNTO: SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN
		FECHA:

DATOS DEL/DE EL/LA ELECTOR/A (Por favor, escriba en letras mayúsculas):

1.º APELLIDO	2.º APELLIDO						
NOMBRE	<input type="checkbox"/> D.N.I.:						
FECHA DE NACIMIENTO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">DÍA</td> <td style="border: none; text-align: center;">MES</td> <td style="border: none; text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	DÍA	MES	AÑO	<input type="checkbox"/> PASAPORTE:
_ _	_ _	_ _ _ _					
DÍA	MES	AÑO					
Inscrito/a en el Censo Electoral en:							
MUNICIPIO	PROVINCIA						

Desea se le envíe la documentación para el voto a la siguiente dirección en el extranjero:

DOMICILIO		
CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	PAÍS

(Una vez remitida esta solicitud, NO PODRÁ VOTAR PERSONALMENTE EN LA MESA ELECTORAL DURANTE EL DÍA DE LA VOTACIÓN).

SÓLO RELLENAR EN CASO DE ENFERMEDAD O INCAPACIDAD

Y en su nombre, en el supuesto de enfermos o incapaces que lo acrediten mediante certificación médica oficial, debidamente autorizado. *(Adjuntar ambos impresos, certificado médico y autorización, con la solicitud).*

DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE:

1.º APELLIDO	2.º APELLIDO						
NOMBRE	<input type="checkbox"/> D.N.I.:						
DOMICILIO (Calle, Plaza, Número, etc.)	<input type="checkbox"/> PASAPORTE:						
CÓDIGO POSTAL							
CIUDAD	PAÍS						
	FECHA DE NACIMIENTO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">DÍA</td> <td style="border: none; text-align: center;">MES</td> <td style="border: none; text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	DÍA	MES	AÑO
_ _	_ _	_ _ _ _					
DÍA	MES	AÑO					

Expone la imposibilidad de emitir el voto en el lugar de residencia habitual y solicita que, al amparo de lo indicado en el art. 72 de la Ley Orgánica del Régimen Electoral General, se expida certificación acreditativa de figurar inscrito/a en el CENSO, a los efectos de emitir el voto por correo.

Firma del/de la interesado/a o del/de la representante

SR./A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA OFICINA DEL CENSO ELECTORAL DE:

(Anótese la provincia donde figura inscrito/a en el Censo Electoral)