

# ELECCIONES

|                                                                                             |                 |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|
| COMPROBADA IDENTIDAD<br>DEL FIRMANTE<br>FECHA Y SELLO DE LA<br>OFICINA DE CORREOS RECEPTORA | FECHA Y SELLO : | Núm. orden OCE :                       |
|                                                                                             |                 | ASUNTO :<br>SOLICITUD DE CERTIFICACION |
|                                                                                             |                 | FECHA :                                |

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

Residente en : ☐ ESPAÑA ☐ EXTRANJERO

|                                             |  |                                         |  |
|---------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 1.º APELLIDO                                |  | 2.º APELLIDO                            |  |
| NOMBRE                                      |  | Nº D.N.I./ TARJETA DE EXTRANJERO        |  |
| FECHA DE NACIMIENTO<br>_____<br>Día Mes Año |  | NACIONALIDAD<br>(Sólo para extranjeros) |  |
| Inscrito/a en el Censo Electoral en:        |  |                                         |  |
| MUNICIPIO                                   |  | PROVINCIA                               |  |

Desea se le envíe la documentación para el voto al siguiente domicilio de España

|                    |           |      |           |        |
|--------------------|-----------|------|-----------|--------|
| CALLE, PLAZA, ETC. |           | NUM. | PISO      | PUERTA |
| CODIGO POSTAL      | MUNICIPIO |      | PROVINCIA |        |

## SOLO 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, expedida en impreso gratuito o en impreso ordinario no gratuito, debidamente autorizado:

DATOS DEL REPRESENTANTE :

|                                        |           |                                             |               |
|----------------------------------------|-----------|---------------------------------------------|---------------|
| 1.º APELLIDO                           |           | 2.º APELLIDO                                |               |
| NOMBRE                                 |           | Nº D.N.I./ TARJETA DE EXTRANJERO            |               |
| DOMICILIO (Calle, Plaza, Número, etc.) |           |                                             | CODIGO POSTAL |
| MUNICIPIO                              | PROVINCIA | FECHA DE NACIMIENTO<br>_____<br>Día Mes Año |               |

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

**Firma del interesado o del representante**

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

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