**DOYEERCD-01-2018**

**COMISIÓN ESTATAL ELECTORAL**

**P r e s e n t e.-**

**(NOMBRE Y APELLIDOS)**, en mi carácter de **(PRESIDENTE(A) DEL COMITÉ ESTATAL, SU EQUIVALENTE O DE REPRESENTANTE DEL PARTIDO POLÍTICO)**, ocurro a solicitar el registro de las candidaturas de diputaciones plurinominales que esta entidad política que represento postula, señalándose los siguientes datos:

**DIPUTACIONES PLURINOMINALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cargo | **Propietario(a)** | **Suplente** |
| Reelección | Si |  | No |  | Si |  | No |  |
| Género | Mujer |  | Hombre |  | Mujer |  | Hombre |  |
| Nombre completo |  |  |
| Lugar de nacimiento |  |  |
| Fecha de nacimiento | **Día/Mes/Año/** | **Día/Mes/Año/** |
| Domicilio de residencia  | **Calle/Número/Colonia/Ciudad** | **Calle/Número/Colonia/Ciudad** |
| Tiempo de residencia |  |  |
| Ocupación |  |  |
| Clave de elector |  |  |
| Folio o CIC |  |  |
| OCR  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cargo | **Propietario(a)** | **Suplente** |
| Reelección | Si |  | No |  | Si |  | No |  |
| Género | Mujer |  | Hombre |  | Mujer |  | Hombre |  |
| Nombre completo |  |  |
| Lugar de nacimiento |  |  |
| Fecha de nacimiento | **Día/Mes/Año/** | **Día/Mes/Año/** |
| Domicilio de residencia  | **Calle/Número/Colonia/Ciudad** | **Calle/Número/Colonia/Ciudad** |
| Tiempo de residencia |  |  |
| Ocupación |  |  |
| Clave de elector |  |  |
| Folio o CIC |  |  |
| OCR  |  |  |

Monterrey, Nuevo León, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 2018.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(NOMBRE COMPLETO Y FIRMA)**

**(CARGO EN EL PARTIDO POLÍTICO)**