**FORMULARIO DE TACHAS O RECLAMOS DEL TRIBUNAL ELECTORAL INDEPENDIENTE**

San Lorenzo; \_\_\_\_ de julio de 2024.

**Prof. Dra. María Mercedes Portillo de Ramírez, Presidente.**

**Tribunal Electoral Independiente**

**Facultad de Enfermería y Obstetricia-Universidad Nacional de Asunción**

Me dirijo a usted con el respeto que merece a fin de presentar:

**Marque con una X una opción:**

( ) TACHA DE EXCLUSIÓN

( ) RECLAMO DE INCLUSIÓN

( ) CORRECCIÓN DE DATOS EN EL PRE PADRÓN

al pre padrón del Estamento:

( ) DOCENTE

( ) GRADUADOS

De la Sede:

( ) SEDE CENTRAL

( ) FILIAL DE CONCEPCIÓN

( ) FILIAL DE SAN ESTANISLAO

( ) FILIAL DE CORONEL OVIEDO

( ) FILIAL DE QUIINDY

Al elector ubicado en el N° de Orden\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que corresponde a **(*Apellidos y Nombres*)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con **C.I. N°**;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, por los siguientes motivos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conforme a lo establecido en el Reglamento General de Elecciones, en los Artículos 40, 41 y 42 y en el Estatuto de la Universidad Nacional de Asunción en su Artículo N° 17. Se adjuntan documentos respaldatorios. Atentamente.

|  |  |
| --- | --- |
| \*Firma: |  |
| \*Apellidos y Nombres completos: |  |
| \*C.I.N°.: |  |
| \*Correo Electrónico: |  |
| \*Teléfono: |  |
| \*Dirección, Ciudad, Departamento: |  |

(\* Todos los datos son obligatorios para su validez)

**DEBERÁ ACOMPAÑAR CON FOTOCOPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD CIVIL (AMBOS LADOS)**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |