****

**Supervisor de Elecciones**

**Condado de Duval, Florida**

**ELIMINACIÓN DEL NOMBRE DEL ELECTOR**

**Por favor eliminen mi nombre de la lista electoral:**

|  |
| --- |
| **Información del elector** |
| **Apellido** | **Nombre** | **Segundo nombre** | **Sufijo** |
| **Fecha de nacimiento** (MM/DD/AAAA) | **Número del Sistema de Inscripción de Electores de Florida****(en inglés (FVRS, por sus siglas en inglés)** (En caso de saberlo) |
| **Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social** | **Licencia de Conducción de Florida # o Tarjeta de Identificación de Florida del Votante #** |
| **Dirección en el Condado de****Duval** |
| **Ciudad** | **Código postal** |

\*Required

**Mediante mi firma en este formulario, doy al Supervisor de Elecciones del**

**Condado de Duval mi consentimiento para eliminar mi nombre de la lista electoral.**

**Firma**

Firma o marca del elector

***UNA CARTA PODER NO ES ACEPTABLE***

Fecha

**Envíe por correo, por fax, o escanee y envíe por correo electrónico este formulario completado y firmado a:**

Supervisor de Elecciones

105 East Monroe Street

Jacksonville, FL 32202

TELEFONO: (904) 255-3442

FAX: (904) 255-3434

PCarter@coj.net