

ELECCIONS AL PARLAMENT DE CATALUNYA DE 2006 ELECCIONES AL PARLAMENTO DE CATALUÑA DE 2006

COMPROVADA IDENTITAT DEL/DE LA SIGNANT DATA I SEGELL DE L'OFICINA DE CORREUS RECEPTORA / COMPROBADA IDENTIDAD DEL/DE LA FIRMANTE FECHA Y SELLO DE LA OFICINA DE CORREOS RECEPTORA	DATA I SEGELL / FECHA Y SELLO
--	-------------------------------

Núm. ordre OCE / N.º orden OCE

Assumpte / Asunto SOL·LICITUD DE CERTIFICACIÓ SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN
Data / Fecha

DADES DE L'ELECTOR/ORA / DATOS DEL/DE LA ELECTOR/ORA (Si us plau, escriviu en lletres majúscules / Por favor, escriba en letras mayúsculas):

Resident a / Residente en ESPANYA / ESPAÑA ESTRANGER / EXTRANJERO

1r Cognom / 1º Apellido	2n Cognom / 2º Apellido
Nom / Nombre	Núm. DNI / N.º DNI : Passaport / Pasaporte :
Data de naixement / Fecha de nacimiento _____ Dia / Día Mes / Mes Any / Año	Inscrit/a en el Cens Electoral a : / Inscrito/a en el Censo Electoral en:
Municipi / Municipio	Província / Provincia

Vol rebre la documentació per al vot al domicili d'Espanya següent (no són vàlids apartat de correus ni d'altres similars): /
 Desea se le envíe la documentación para el voto al siguiente domicilio de España (no es válido apartado de correos ni similares):

Carrer, plaça, etc. / Calle, plaza, etc.	Núm. /N.º	Pis /Piso	Porta / Puerta
Codi postal / Código postal	Municipi / Municipio		Província / Provincia

(Un cop haureu tramès la sol·licitud, NO PODREU VOTAR PERSONALMENT EN LA MESA ELECTORAL DURANT EL DIA DE LA VOTACIÓ)
 (Una vez remitida esta solicitud, NO PODRÁ VOTAR PERSONALMENTE EN LA MESA ELECTORAL DURANTE EL DÍA DE LA VOTACIÓN)

NOMÉS S'HA D'EMPLENAR EN CAS DE MALALTIA O INCAPACITAT / SÓLO RELLENAR EN CASO DE ENFERMEDAD O INCAPACIDAD
--

I en nom seu (en cas de persones malaltes o incapacitades que ho acreditin mitjançant un certificat mèdic oficial, expedit en imprès gratuït o en imprès ordinari no gratuït), degudament autoritzat/ada notarialment o consularment (introduïu el certificat i l'autorització en el sobre):
 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/a notarial o consularmente (adjuntar certificación y autorización en el sobre):

DADES DEL/DE LA REPRESENTANT / DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE

1r Cognom / 1º Apellido	2n Cognom / 2º Apellido
Nom / Nombre	Núm. DNI / N.º DNI : Passaport / Pasaporte :
Data de naixement / Fecha de nacimiento _____ Dia / Día Mes / Mes Any / Año	Domicili (carrer, plaça, número, etc.) / Domicilio (calle, plaza, número, etc.)
Codi postal / Código postal	Municipi / Municipio
Província / Provincia	

Sol·licita que, a l'empara del que s'indica a l'article 72 de la Llei electoral vigent, li expediu un certificat acreditatiu de figurar inscrit/a en el CENS a l'efecte de poder emetre el vot per correu.

Solicita que, al amparo de lo indicado en el artículo 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.

Signatura de l'interessat/ada o del/de la representant, / Firma del/de la interesado/a o del/de la representante,

SR./SRA. DELEGAT/ADA PROVINCIAL DE L'OFICINA DEL CENS ELECTORAL D: /SR./SRA. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA OFICINA DEL CENSO ELECTORAL DE:

Anoteu la província on figura inscrit/ta en el Cens Electoral. / Anótese la provincia donde figura inscrito/a en el Censo Electoral.