Lugar y fecha

**EMBLEMA DEL SOLICITANTE**

**ASUNTO:** Solicitud de registro como aspirantes a la

Candidatura Independiente para el cargo de Diputación

de Mayoría Relativa al Congreso del Estado

**MTRA. RUBÍ PACHECO PÉREZ**

**CONSEJERA PRESIDENTA DEL CONSEJO GENERAL**

**DEL INSTITUTO ELECTORAL DE QUINTANA ROO**

**P R E S E N T E**

En términos de lo estipulado en los artículos 93, 94 y 95, de la Ley de Instituciones y Procedimientos Electorales para el Estado de Quintana Roo, vengo a solicitar el registro como aspirante a la candidatura independiente a una Diputación de Mayoría Relativa al Congreso del Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por el Distrito Electoral Local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a efecto de contender en la elección del Proceso Electoral Local 2024.

**PROPIETARIA(o) / SUPLENTE**

Para tal efecto, se anexa a la presente, la información correspondiente a las candidaturas integrantes de la fórmula, así como los documentos que forman parte de los requisitos mencionados en la Convocatoria para las Candidaturas Independientes.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA O DEL SOLICITANTE**

**DE QUIEN ENCABEZA LA FÓRMULA**

**DOCUMENTO ANEXO A LA SOLICITUD DE REGISTRO**

**DISTRITO 13**

**DATOS DE LAS CANDIDATURAS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CARGO: DIPUTACIÓN LOCAL**  **PROPIETARIA/O** | IDENTIDAD DE GÉNERO | FEMENINO ( ) MASCULINO ( )  DIVERSIDAD SEXUAL ( ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(especifique, en su caso)* |
| ACCIÓN AFIRMATIVA  INDÍGENA | SI ( ) NO ( ) |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRE(S) |  |
| SOBRENOMBRE |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| EDAD |  |
| DOMICILIO |  |
| TIEMPO DE RESIDENCIA |  |
| OCUPACIÓN |  |
| CLAVE DE ELECTOR |  |
| OCR Y CIC DE LA CREDENCIAL |  |
| DOMICILIO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES |  |
| FIRMA AUTÓGRAFAS O EN SU CASO, HUELLA DACTILAR, VERIFICADA EN EL ACTO DE LAS Y LOS SOLICITANTES. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CARGO: DIPUTACIÓN LOCAL**  **SUPLENTE** | GÉNERO | FEMENINO ( ) MASCULINO ( )  DIVERSIDAD SEXUAL ( ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ACCIÓN AFIRMATIVA INDIGENA | SI ( ) NO ( ) |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRE(S) |  |
| SOBRENOMBRE |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| EDAD |  |
| DOMICILIO |  |
| TIEMPO DE RESIDENCIA |  |
| OCUPACIÓN |  |
| CLAVE DE ELECTOR |  |
| FIRMA |  |

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| TELÉFONO |  |
| DIRECCIÓN PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES |  |
| CORREO ELECTRÓNICO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES |  |

**DATOS DE LA PERSONA ENCARGADA DEL MANEJO DE LOS RECURSOS**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| TELÉFONO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |