

Extinción de la Afiliación: renuncia / expulsión / incumplimiento arts. 28-29 / doble afiliación / fallecimiento

(Tachar lo que no corresponda)

Fecha: _____

En caso de doble afiliación mencionar partido anterior: _____

Suspensión de la Afiliación: Del ____/____/____, al ____/____/____ Del ____/____/____, al ____/____/____
Del ____/____/____, al ____/____/____ Del ____/____/____, al ____/____/____

CAMBIOS DE DOMICILIO

Día	Mes	Año	Dist. Elect.	Partido o Depart.	Domicilio (Calle-Nº-Piso-Departamento-Finca)

Apellido(s) _____ Nombre(s) _____
Matrícula (LE/LC/DNI) Nº _____ DM: _____ Reg.: _____ Clase: _____
Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar: _____
Profesión u Oficio: _____ Estado Civil: _____
Distrito Electoral: _____
Ultimo Domicilio Partido o Departamento: _____
según doc. cívico: Cuartel o Pedanía: _____
Ciudad, Pueblo o Localidad: _____
Calle: _____ Nº _____ Piso _____ Dep. _____

Firma del Solicitante

Aceptación de la afiliación
Fecha: ____/____/____

Firma Autoridad Partidaria

Certificación de Firma (por titular Registro Civil, o de las Personas, Escribano, Juez de Paz, Autoridad Partidaria o Policial).

Certificación de la Secretaría Electoral

PARTIDO: _____