



JUNTA ADMINISTRATIVA DE VOTO AUSENTE Y VOTO ADELANTADO
PO BOX 192359
San Juan, Puerto Rico 00919
Cuadro (787) 777-8682 ext. 4106
(787) 753-3660 / FAX (787)294-3120
www.ceepur.org - java@cee.gobierno.pr

PARA USO DE LA JAVA
Estatus: [ ][ ]
Precinto: [ ][ ][ ]
Unidad: [ ][ ]
[ ] No es elector
Número de Control: [ ][ ][ ][ ][ ]

PARTIDO POPULAR DEMOCRÁTICO

SOLICITUD PARA VOTAR EN EL COLEGIO DE FÁCIL ACCESO EN EL DOMICILIO

Número Electoral [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

USE LETRA DE MOLDE

Primer Apellido [ ] Segundo Apellido [ ]
Nombre [ ] Inicial [ ] Fecha de Nacimiento [ ][ ][ ][ ][ ] Género [ ] F [ ] M
Lugar de Nacimiento [ ] Persona con Impedimento [ ] Ciego [ ] Otro: [ ]
Nombre del Padre / Madre [ ] Nombre de la Madre / Padre [ ]
Dirección Residencial [ ] Nombre del sector, barrio, urbanización, condominio o comunidad [ ]
Municipio [ ] Dirección Postal [ ] Nombre del sector, barrio, urbanización, condominio o comunidad [ ]
Municipio [ ] Código de Zona Postal + 4 [ ]
Teléfono Celular ( ) [ ] Teléfono Residencial ( ) [ ] Dirección de Correo Electrónico [ ]

[ ][ ] / [ ][ ] / 2 0 2 0
DÍA MES

FIRMA O MARCA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL TESTIGO (si el solicitante no puede firmar)

FECHA

[ ] Declaro que firmo como testigo esta solicitud debido a que el solicitante no puede firmar.

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Yo, Dr(a). [ ] NOMBRE DEL MÉDICO, número de licencia [ ][ ][ ][ ]
certifico que el Sr(a). [ ] NOMBRE DEL SOLICITANTE, presenta un problema de movilidad o
encamado con algún tipo de condición médica que le impide asistir a su colegio de votación.

[ ][ ] / [ ][ ] / 2 0 2 0
DÍA MES

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

ESTA SOLICITUD TIENE QUE SER ENTREGADA EN LA JAVA PPD EN O ANTES DEL 15 DE JULIO DE 2020

VERIFICACIÓN DE LA JAVA PPD

- [ ] Se autoriza a grabar la transacción de solicitud de fácil acceso en el domicilio.
[ ] Se autoriza a grabar la transacción de solicitud de fácil acceso en el domicilio, luego de:
[ ] inscribir al solicitante. [ ] reactivar, transferir o reubicar en la unidad electoral: [ ][ ]
[ ] subsanar deficiencias en la solicitud.

Nota: La solicitud será enviada a la JAVA mediante fax al (787) 294-3120.

CERTIFICACIÓN DE LA JAVA PPD

FIRMA DEL GERENTE DE JAVA PPD

FIRMA DEL FUNCIONARIO DE MESA JAVA PPD

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE