



SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE

Al Registrador de Votantes del Condado de El Paso:

Por favor cancele mi registro de votante en el Condado de El Paso, Texas.

La siguiente es información impresa en mi certificado de registro de votante:

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Identificador Único de Votante (VUID) (Opcional): _____

Domicilio Residencial: _____

Número y Calle, Ciudad, Estado y Código Postal. (Si no existe un domicilio, describa donde vive. No incluya apartados postales, rutas Rurales o dirección del trabajo)

Entiendo que la siguiente información es necesaria para que el Registrador de Votantes del Condado de El Paso identifique adecuadamente mi información para cancelar mi registro de votante:

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

No. de Licencia de Conducir de Texas o No. de Identificación Personal de Texas (Opcional): _____

Si no hay No. de Licencia de Conducir de Texas o un No. de Identificación Personal de Texas, los últimos 4 dígitos de mi No. de Seguro Social (Opcional): ____ ____ ____ ____

Entiendo que la cancelación de mi registro de votante no necesariamente me excluirá del proceso de convocatoria de jurado y no me descalifica para servir como jurado en mi condado de residencia.

X _____ / ____/____
Firma del Votante cancelando el registro de votante en el Condado de El Paso o nombre impreso del Votante y relación con el Votante, si está firmado por un Testigo. Fecha (Mes/Día/Año)

Instrucciones para el Testigo:

Si la persona requerida para firmar este documento no puede firmar su nombre debido a discapacidad física o analfabetismo, debe colocar su marca en el documento y un Testigo debe dar fe de la marca.

Si la persona no puede dejar su huella, el testigo comprobará aquí _____.

Envíe el formulario completo por correo a:

El Paso County Voter Registrar
500 E. San Antonio Ave., Suite 314
El Paso, Texas 79901