



## Supervisor de Elecciones Condado de Duval, Florida

# ELIMINACIÓN DEL NOMBRE DEL ELECTOR

Por favor eliminen mi nombre de la lista electoral:

Información del elector			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Sufijo
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número del Sistema de Inscripción de Electores de Florida (en inglés (FVRS, por sus siglas en inglés) (En caso de saberlo)		
Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social	Licencia de Conducción de Florida # o Tarjeta de Identificación de Florida del Votante #		
Dirección en el Condado de Duval			
Ciudad		Código postal	

\*Required

Mediante mi firma en este formulario, doy al Supervisor de Elecciones del Condado de Duval mi consentimiento para eliminar mi nombre de la lista electoral.

Firma

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma o marca del elector

**UNA CARTA PODER NO ES ACEPTABLE**

Envíe por correo, por fax, o escanee y envíe por correo electrónico este formulario completado y firmado a:

Supervisor de Elecciones  
105 East Monroe Street  
Jacksonville, FL 32202

TELEFONO: (904) 255-3442  
FAX: (904) 255-3434  
PCarter@coj.net