**ELECCIÓN DE CONSEJEROS ACADÉMICOS REPRESENTANTES**

**DE LOS PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA**

**DEL ÁREA CAABQYS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PERIODO** | 2024-2028 |

### SOLICITUD DE REGISTRO DE REPRESENTANTE DE FÓRMULA

### DURANTE EL PROCESO ELECTORAL

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTIDAD ACADÉMICA** | FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA |

**DATOS DEL REPRESENTANTE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
| ***apellido paterno*** | | | ***Apellido materno*** | | | | ***nombre(s)*** | | | |
| *DIRECCIÓN* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | |  |
| ***Calle*** | | | | | | | | ***número*** | | ***interior*** |
|  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |
| ***colonia*** | ***delegación o municipio*** | | | ***código postal*** | | ***correo electrónico*** | | | | |
| *TELÉFONOS* | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
| ***domicilio*** | | ***oficina*** | | | ***celular*** | | | | ***radio localizador*** | |

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(fecha)*

**LOS INTEGRANTES DE LA FÓRMULA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| PROPIETARIO *(nombre y firma)* |  | SUPLENTE *(nombre y firma)* |

Original: Comisión Local de Vigilancia de la Elección

Copia: Paquete electoral, y

Expediente de la elección que se acompaña por separado al paquete electoral.