



**Supervisor de Elecciones  
Condado de Sarasota, 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 (FVRS, por sus siglas en inglés) (En caso de saberlo)		
Dirección en el Condado de Sarasota			
Ciudad		Código postal	

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

Firma
_____ Fecha _____
Firma o marca del elector
<i>SU FIRMA DEBE COINCIDIR CON LA FIRMA EN SU REGISTRO DE ELECTOR. LA FIRMA DE PODER NO ES ACEPTABLE.</i>

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

Supervisor of Elections  
PO Box 4194  
Sarasota, FL 34230-4194

TELEFONO: (941) 861-8619  
FAX: (941) 861-8629  
[voterservices@sarasotavotes.gov](mailto:voterservices@sarasotavotes.gov)