



FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE ELEITORA OU ELEITOR
COM DEFICIÊNCIA OU MOBILIDADE REDUZIDA

NÚMERO DO TÍTULO ELEITORAL	DATA DE NASCIMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOME COMPLETO DA ELEITORA OU DO ELEITOR (IGUAL AO DO TÍTULO ELEITORAL)	
<input type="text"/>	
TELEFONE PARA CONTATO	E-MAIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Solicito o registro das informações abaixo, no Cadastro Eleitoral:

TIPOS DE DEFICIÊNCIA			
Caso necessário, assinalar mais de uma opção			
<input type="checkbox"/> VISUAL (INCLUSÃO)	<input type="checkbox"/> VISUAL (EXCLUSÃO)	<input type="checkbox"/> LOCOMOTORA	<input type="checkbox"/> AUDITIVA
<input type="checkbox"/> OUTROS _____			

DATA
<input type="text"/>

Estou ciente de que o preenchimento deste formulário gera apenas o registro no Cadastro Eleitoral e não implica a transferência para uma seção acessível.

DIGITAL
<input type="text"/>

ASSINATURA (IGUAL À DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO APRESENTADO) OU IMPRESSÃO DIGITAL DA ELEITORA OU DO ELEITOR
<input type="text"/>