**SOLICITUD DE REGISTRO DE CANDIDATURA (COALICIÓN)**

**CONSEJO GENERAL DEL INSTITUTO**

**ESTATAL ELECTORAL DE HIDALGO**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, el (la) C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en mi carácter de Representante de la Coalición \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito el registro del (de la) C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como candidato (a) a Diputado (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por el principio de mayoría relativa en el Distrito \_\_\_\_ con cabecera en el municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la Coalición que represento, para el Proceso Electoral Local 2017-2018, el (la) cual fue seleccionado (a) de conformidad con las normas estatutarias del Partido, y para lo cual adjunto la siguiente información y documentos:

**INFORMACIÓN DEL CANDIDATO O CANDIDATA**

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha de nacimiento: |  |
| Domicilio completo y tiempo de residencia en el mismo: |  |
| Ocupación: |  |
| Clave de la Credencial para votar: |  |
| Cargo para el que se postula: |  |
| Fecha de separación del cargo (en su caso) |  |

Asimismo, y en este mismo acto, el (la) C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesta ante este Instituto Estatal Electoral su formal aceptación a la postulación como candidato (a) al cargo de Diputado (a) propietario (a) ( ) suplente ( ) por el principio de mayoría relativa, por la coalición\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declarando bajo protesta de decir verdad que cumple con los requisitos legales y que no se encuentra bajo alguno de los supuestos previstos en el artículo 32 fracciones I, II, III, IV y V de la Constitución Política del Estado.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y firma del (de la) Representante del Partido Político que postula, perteneciente a la Coalición** | **Nombre y Firma del (de la) Candidato (a)** |

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