



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
Instituto de Previsión Social del Personal Docente y de Investigación de la
Universidad de Carabobo
Comisión Electoral Principal
IPAPEDI 2026-2029

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA POSTULACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CANDIDATOS

FACULTAD DE ADSCRIPCIÓN: _____

Ciudadanos:

MIEMBROS DE LA COMISIÓN ELECTORAL PRINCIPAL

Quien suscribe la presente postulación, venezolano(a), inscrito(a) en el Registro Electoral de esta Organización, acudo ante ustedes para postular o postularme para las elecciones a celebrarse el _____ de _____ del _____ para el cargo de: _____

1.- CANDIDATO (A)												FOTO
CÉDULA				FECHA DE NACIMIENTO				SEXO				
								F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
PRIMER APELLIDO						SEGUNDO APELLIDO						
PRIMER NOMBRE						SEGUNDO NOMBRE						
DOMICILIO DEL CANDIDATO (A):											Firma	
Teléfono (Incluya el código de área)											Huellas	
Correo electrónico:												

Iniciativa Propia

Postulado por: (llenar la casilla Nº 2)

2.- POSTULADO (A) POR:		
Nombre y Apellido del Postulante:	Cédula:	Firma:
DOMICILIO DEL POSTULANTE:		
Teléfono (Incluya el código de área)	Correo electrónico:	

Suficientemente autorizado para este acto, postulo al ciudadano(a) identificado en la casilla número 1 de "CANDIDATO (A)", como candidata o candidato a _____, Quien reúne los requisitos para dicha postulación

SOLO PARA SER LLENADO POR LA COMISION ELECTORAL PRINCIPAL			
RECEPCION		REVISION	
RECAUDOS RECIBIDOS:		POSTULACIÓN:	
<input type="checkbox"/> Fotocopia de la cédula de identidad del candidato(a) (legible y vigente)		ADMITIDA <input type="checkbox"/> RECHAZADA <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Recibo de pago de intranet a la fecha 25/03/2026		Observaciones: _____	
<input type="checkbox"/> Soporte de firmas según el caso		_____	
<input type="checkbox"/> Resumen Curricular: Máximo una Cuartilla		_____	
Observaciones: _____		NOMBRE DEL REVISOR:	
_____		_____	
NOMBRE DEL RECEPTOR:		CÉDULA DEL REVISOR:	
_____		_____	
CÉDULA DEL RECEPTOR:		FECHA:	
_____		_____	
FECHA:	FIRMA	HORA:	FIRMA
HORA:			

IPAPEDI