

# ANEXO II



**JUSTIÇA ELEITORAL**

## Formulário para Identificação de Eleitor com Deficiência ou Mobilidade Reduzida

NÚMERO DO TÍTULO DE ELEITOR

DATA DE NASCIMENTO

 /  / 

NOME COMPLETO DO ELEITOR (IGUAL AO DO TÍTULO DE ELEITOR)

TELEFONE

DIGITAL

TIPO DE DEFICIÊNCIA

VISUAL

LOCOMOTORA

AUDITIVA

OUTROS

CARACTERÍSTICA DA DEFICIÊNCIA

PERMANENTE

TEMPORÁRIA

Autorizo a inclusão dessa informação no histórico de minha inscrição eleitoral

DATA

 /  / 

ASSINATURA