

Logo y nombre del o los
partidos políticos o coalición.

Anexo dos

Formato Diputado RP Persona con discapacidad

MANIFESTACIÓN DE SER PERSONA CON DISCAPACIDAD DEL ESTADO DE VERACRUZ

INSTRUCTIVO: Suplir los espacios con la información requerida **DONDE SE INDICA**; se deberá adjuntar la documentación probatoria de la condición de discapacidad; no deberá quedar ningún espacio en blanco.

Por medio del presente, a efecto de dar cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 1, 2 y 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículos 7 y 8 de los Lineamientos para la implementación de acciones afirmativas en cargos de elección popular, en favor de las personas de la diversidad sexual, afroamericana, así como las personas con discapacidad; aplicables en el Proceso Electoral Local Ordinario 2020-2021 en el Estado de Veracruz; aplicables en el Proceso Electoral Local Ordinario 2020-2021 en el Estado de Veracruz; declaro de manera libre y pacífica que soy una persona con una condición de discapacidad en el Estado de Veracruz.

Por lo que me permito acreditar mi condición mediante (**CERTIFICADO Y/O CONSTANCIA**), que adjunto a la presente.

ATENTAMENTE

Nombre y firma de la/el candidata/o.

Xalapa, Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave, a ____ de ____ de 2021