



ಮುಖ್ಯ ಚುನಾವಣಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಕಚೇರಿ, ಕರ್ನಾಟಕ  
ನಿರ್ವಾಚನ ನಿಲಯ, ಶೇಷಾದ್ರಿಸ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು-560 001.

ಕುವೆಂಪು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ  
ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವಿಭಾಗ  
ನಂ. 1088 ತಾ. 20/11/19

ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಿಆಸುಇ/89/ಸ್ವೀಪ್/2019

ದಿನಾಂಕ: 7ನೇ ನವೆಂಬರ್ 2019

ಗೆ,

1. ಆಯುಕ್ತರು,  
ಬೃಹತ್ ಬೆಂಗಳೂರು ಮಹಾನಗರ ಪಾಲಿಕೆ,  
ಬೆಂಗಳೂರು,
2. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಚುನಾವಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು,  
ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು,
3. ಎಲ್ಲಾ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು,  
ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್ ಕಾರ್ಯಾಲಯ,

ಕುವೆಂಪು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ  
ಜ್ಞಾನ ಸಹ್ಯಾದ್ರಿ  
13 NOV 2019  
ಕೋಡ್-577 451.  
2127

ಮಾನ್ಯರೇ,

ವಿಷಯ: ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರವೇಶ ಪಡೆಯುವ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ/ನಿಯರಿಗೆ ಹೊಸ  
ಮತದಾರರ ನೋಂದಣಿಗಾಗಿ ನಮೂನೆ 6 ವಿತರಿಸುವ ಕುರಿತು.

ಮಾನ್ಯ ಮುಖ್ಯ ಚುನಾವಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಅಧ್ಯಕ್ಷತೆಯಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ: 28ನೇ ಅಕ್ಟೋಬರ್ 2019  
ರಂದು ನಡೆದ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ 18 ವರ್ಷ ತುಂಬಿದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು ಪ್ರವೇಶ  
ಪಡೆಯುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಮತದಾರರ ನೋಂದಣಿಗಾಗಿ ನಮೂನೆ 6ನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ  
ವಿತರಿಸುವಂತೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರವೇಶ ಪಡೆದ ಎಲ್ಲಾ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು ಮತದಾರರಾಗಿ  
ನೋಂದಾಯಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಮುಂದಿನ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವರ್ಷದಿಂದ 18 ವರ್ಷ ತುಂಬಿದ ಎಲ್ಲಾ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ/ನಿಯರು ಕಾಲೇಜುಗಳಿಗೆ  
ಪ್ರವೇಶ ಪಡೆಯುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಮೂನೆ 6ನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ವಿತರಿಸಿ ಅವರುಗಳೆಲ್ಲರೂ  
ಮತದಾರರ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ನೋಂದಾಯಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹಾಗೂ ಆಯ  
ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಮತದಾರರ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ನೋಂದಣಿಯಾದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ/ನಿಯರ ಕಾಲೇಜುವಾರು  
ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕ್ರೋಡೀಕರಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ.

ಡಾ. ಎಂ.ಎನ್. ಅಜಯ್ ನಾಗಭೂಷಣ್, ಭಾ.ಆ.ಸೇ  
ಅಪರ ಮುಖ್ಯ ಚುನಾವಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು,  
ಸಿ.ಆ.ಸು.ಇ. ಚುನಾವಣೆಗಳು

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಅಗತ್ಯ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ:-

1. ನಿರ್ದೇಶಕರು ತಾಂತ್ರಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆ, ನಿರ್ದೇಶಕರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆ,
2. ರಾಜ್ಯದ ಎಲ್ಲಾ ವಿಶ್ವ ವಿದ್ಯಾಲಯಗಳ ನಿರ್ದೇಶಕರು,
3. ನಿರ್ದೇಶಕರು [ಪದವಿ ಪೂರ್ವ ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆ]
4. ಕಛೇರಿ ಪ್ರತಿ / ರಕ್ಷಾ ಕಡತಕ್ಕೆ

Registration  
Personal Section  
To No. 1545  
Date. 13/11/19

AC

ಶೇಷಾದ್ರಿಸ್ತ  
19/11/19

19/11/19

19/11/19 AC-SIG  
19/11/19



**ELECTION COMMISSION OF INDIA**  
**FORM-6**

Acknowledgement No. \_\_\_\_\_

(See Rules 13(1) and 26) of Registration of Electors Rule-1960

(To be filled by office)

**Application for Inclusion of Name in Electoral Roll for First time Voter OR on Shifting from One Constituency to Another Constituency.**

To, The Electoral Registration Officer, .....Assembly / Parliamentary Constituency

I request that my name be included in the electoral roll for the above Constituency. (Tick appropriate box)

As a first time voter  or due to shifting from another constituency

Particulars in support of my claim for inclusion in the electoral roll are given below:-

SPACE FOR PASTING ONE RECENT PASSPORT SIZE PHOTOGRAPH (3.5 CM X 3.5 CM) SHOWING FRONTAL VIEW OF FULL FACE WITHIN THIS BOX

**Mandatory Particulars**

(a) Name			
(b) Surname(if any)			
(c) Name and surname of Relative of Applicant [see item (d)]			
(d) Type of Relation <small>(Tick appropriate box)</small>		Father <input type="checkbox"/>	Mother <input type="checkbox"/>
		Husband <input type="checkbox"/>	Wife <input type="checkbox"/>
		Other <input type="checkbox"/>	
(e) Age [as on 1 <sup>st</sup> January of current calendar year.....]		Years <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Months <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(f) Date of Birth (in DD/MM/YYYY format)(if known)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(g) Gender of Applicant <small>(Tick appropriate box)</small>		Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
		Third Gender <input type="checkbox"/>	
(h)Current address where applicant is ordinarily resident		House No.	
Street/Area/Locality			
Town/Village			
Post Office		Pin Code	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
District		State/UT	
(i) Permanent address of applicant		House No.	
Street/Area/Locality			
Town/Village			
Post Office		Pin Code	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
District		State/UT	
(j)EPIC No. (if issued)			

**Optional Particulars**

(k) Disability (if any) <small>(Tick appropriate box)</small>		Visual impairment <input type="checkbox"/>	Speech & hearing disability <input type="checkbox"/>	Locomotor disability <input type="checkbox"/>	Other _____
(l) Email id (optional)					
(m) Mobile No. (optional)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

**DECLARATION** - I hereby declare that to the best of knowledge and belief -

(i) I am a citizen of India and place of my birth is Village/Town.....District.....State.....

(ii) I am ordinarily resident at the address given at (h) above since .....(date, month, year).

(iii) I have not applied for the inclusion of my name in the electoral roll for any other constituency.

\*(iv) My name has not already been included in the electoral roll for this or any other assembly/ parliamentary constituency

**OR**

\*My name may have been included in the electoral roll for \_\_\_\_\_ Constituency in \_\_\_\_\_ State in which I was ordinarily resident earlier at the address mentioned below and if so, I request that the same may be deleted from that electoral roll.

\* strike off the option not appropriate

Address of earlier place of ordinary residence (if applying due to shifting from another constituency)			
House No.		Street/Area/Locality	
Town/Village			
Post Office		Pin Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
District		State/UT	

I am aware that making a statement or declaration which is false and which I know or believe to be false or do not believe to be true, is punishable under Section 31 of the Representation of the People Act, 1950 (43 of 1950).

Place.....  
 Date..... Signature of Applicant.....

**Remarks of Field Level Verifying Officer:**

**Details of action taken  
 (To be filled by Electoral Registration Officer of the constituency)**

The application of Shri / Shrimati/ Kumari .....for inclusion of name in the electoral roll in Form 6 has been accepted/ rejected. Detailed reasons for acceptance [under or in pursuance of rule 18/20/26(4)] or rejection [under or in pursuance of rule 17/20/26(4)] are given below:

Place:  
 Date: Signature of ERO Seal of the ERO

Intimation of decision taken (to be filled by Electoral Registration Officer of the constituency and to be posted to the applicant on the address as given by the applicant)

The application in Form 6 of Shri/Shrimati/Kumari.....

Postage Stamp to be affixed by the Electoral Registration Authority at the time of dispatch

Current address where applicant is ordinarily resident:	House No.	
Street/Area/Locality		
Town/Village		
Post Office		Pin Code <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
District		State/UT

Has been (a) accepted and the name of Shri/Shrimati/Kumari.....

Has been registered at Serial No.....in Part No..... of AC No.....

(b) rejected for the reason.....

Date: Electoral Registration Officer  
 Address.....

**Acknowledgement/Receipt**

Acknowledgement Number \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Received the application in form 6 of Shri / Smt. / Ms. \_\_\_\_\_  
 [Applicant can refer the Acknowledgement No. to check the status of application].

Name/Signature of ERO/AERO/BLO