

Al Sindaco del Comune di LOZZO DI CADORE

Ufficio Elettorale

Via Padre Marino 328

32040 LOZZO DI CADORE BL

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in _____ n. _____

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

C H I E D E

in applicazione della legge n. 46 del 7 maggio 2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, per le seguenti consultazioni elettorali:

di esprimere il voto presso l'abitazione in cui dimora e precisamente al seguente indirizzo:

VIA/PIAZZA _____ N. CIVICO _____

COMUNE DI _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO (per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare):

- _____
- Dichiaro di essere elettore del Comune di Lozzo di Cadore
 - Allego alla presente la seguente documentazione:
 - certificato sanitario rilasciato da funzionario medico designato dalla A.S.L. competente attestante la sussistenza delle condizioni di infermità di cui al comma 1, dell'art. 1 della legge n. 46/2009, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data di rilascio del certificato, ovvero delle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali rilasciato il da _____ in data _____
 - copia della tessera elettorale
 - copia del documento di identità in corso di validità

Lozzo di Cadore, _____

Il Richiedente

.....

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003: tutti i dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la partecipazione alla procedura stessa e verranno utilizzati, anche con modalità automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dare corso al procedimento.