

CONSULTAZIONI ELEZIONI COMUNALI ED EUROPEE

RICHIESTA VOTO DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a....., M F
nato/a a, il/...../.....,
residente in questo Comune, in Via n,
tessera elettorale n. sezione n.

DICHIARA

di voler esercitare il proprio diritto di voto per le consultazioni – 8/9 giugno nell'abitazione in cui dimora sita in questo Comune, Via, n., presso

Il recapito telefonico per ogni eventuale comunicazione è il seguente

A tal fine allega:

1°) Copia della tessera elettorale;

**2°) Certificato rilasciato dal funzionario medico designato dall'A.S.L. di
da cui il/la sottoscritto/a risulta:**

- affetto/a da gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi di cui all'articolo 29, legge 5 febbraio 1992, n. 104, con prognosi di gg.(almeno 60) decorrenti dalla data di rilascio del certificato.
- in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora.

Dichiaro di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Data/...../.....

Il/La dichiarante

.....