

Al Sindaco del Comune di COMO
- Ufficio elettorale
TEL 031.252.241 – 252.242 – 252.262

RICHIESTA VOTO A DOMICILIO

Il/La sottoscritto/a

nato/a ail

residente a COMO inn.
.....

tel\cell * e-mail

*(per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare)

iscritto nelle liste elettorali del Comune di COMO, 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:

CHIEDE

in applicazione della Legge n. 46 del 7 maggio 2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, per la seguente consultazione

.....
di voler esercitare il proprio diritto di voto nell'abitazione in cui dimora, sita in:

Via.....n.....scala.....interno.....

Si allegano:

- 1) *Copia della tessera elettorale;*
- 2) *Copia di documento di identità in corso di validità;*
- 3) *Certificato rilasciato dal medico designato dall'ASSTT di..... in data non anteriore al 45° giorno antecedente la votazione, attestante la sussistenza, in capo all'elettore delle condizioni di infermità di cui al comma 1, dell'art. 1 della legge 46/2009, con prognosi di almeno 60 gg decorrenti dalla data di rilascio del certificato, ovvero dalle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali.*

Il/La richiedente

.....

Ai sensi del D.Lgs. 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.
