

Al Signor Sindaco del Comune di
(Ufficio elettorale)

CONSULTAZIONI DEL

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 del , 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.U.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