

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