

**Alla Commissione Elettorale Comunale (C.E.C.)  
del Comune di Medicina  
Via Libertà 103  
40059 Medicina (BO)  
Email: [elettorale@comune.medicina.bo.it](mailto:elettorale@comune.medicina.bo.it)  
Pec: [elettorale@pec.comune.medicina.bo.it](mailto:elettorale@pec.comune.medicina.bo.it)**

**OGGETTO: REFERENDUM POPOLARE CONFERMATIVO DI DOMENICA 22 E LUNEDÌ 23 MARZO 2026 - SEGNALEZIONE "DISPONIBILITÀ" PER SVOLGERE LA FUNZIONE DI SCRUTATORE DI SEGGIO ELETTORALE.**

Il/la sottoscritto/a (cognome/nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di Medicina in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
☎ Telefono: \_\_\_\_\_ - Email: \_\_\_\_\_  
C.F.: \_\_\_\_\_

**SEGNALA**

la propria disponibilità a svolgere la funzione di **SCRUTATORE DI SEGGIO** elettorale per il **REFERENDUM POPOLARE CONFERMATIVO DI DOMENICA 22 E LUNEDÌ 23 MARZO 2026.**

A tale scopo:

**DICHIARA**

- ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di Medicina – Sezione n. \_\_\_\_\_
- ☐ di essere iscritto/a nell'Albo degli Scrutatori di Seggio del Comune di Medicina
- ☐ professione: \_\_\_\_\_
- ☐ precedenti esperienze ai seggi elettorali: ☐ segretario - ☐ scrutatore - ☐ presidente per le seguenti consultazioni: ☐ Elezioni - ☐ Referendum, nelle date \_\_\_\_\_
- ☐ di non essere stato/a radiato/a, in passato, dall'Albo degli Scrutatori per taluno dei motivi di cui all'art.5, secondo comma, della Legge n.95 del 08/03/1989
- ☐ di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui agli artt.38 del T.U. n.361/1957 e 23 del T.U. n.570/1960.

**INFORMATIVA (ai sensi dell'art. 13 Reg. EU n.679/2016 e del Decreto L.gs.vo 30/06/2003 n. 196)**

Con la sottoscrizione di questo modulo dichiaro di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Regolamento Europeo n.679/2016 e del D.Lgs. n.196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Medicina, data \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_

**(NOTA BENE: allegare copia documento identità fronte/retro in corso di validità)**