

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI MEDICINA**

**c.a. UFFICIO ELETTORALE
VIA LIBERTA' 103
40059 MEDICINA (BO)**

**OGGETTO: ELEZIONI EUROPEE E COMUNALI 2019.
DISPONIBILITA' AD AUTENTICARE FIRME.**

Art.14 Legge 21 marzo 1990, n.53 e successive modificazioni.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il
_____ a _____, recapiti:
Tel. _____, email: _____
in qualità di:

consigliere comunale di Medicina

COMUNICA

ai sensi dell'art.14, comma 1, Legge 21 marzo 1990, n.53 e successive
modificazioni, **la propria disponibilità all'autenticazione delle firme per tutti gli
adempimenti relativi alla presentazione delle liste e dei rispettivi candidati per le
Elezioni Europee e Comunali dell'anno 2019.**

Distinti saluti.

Medicina, _____

Firma del dichiarante

NOTA BENE: allegare copia documenti d'identità valido.

Informativa ai sensi per gli effetti di cui all'art.13 del Regolamento Europeo n.679/2016 e del D.Lgs. n.196 del 30/06/2003 e i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Per qualunque chiarimento o informazioni potrà comunque rivolgersi all'Ufficio Elettorale - ☎
Tel.0516979288 – Fax: 0516979255 – Email: elettorale@comune.medicina.bo.it, nei seguenti orari:

- Lunedì, Mercoledì, Giovedì, Venerdì: 08,15 - 12,00.
- Martedì: 15,00 - 18,00
- Sabato: 08,15 – 11,15