

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI MEDICINA
c.a. UFFICIO ELETTORALE
Via Libertà 103
40059 Medicina (BO)

**VOTO A DOMICILIO - DICHIARAZIONE DI ELETTORE AFFETTO DA GRAVISSIMA
INFERMITÀ - IN DIPENDENZA DA APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
ATTESTANTE LA PROPRIA VOLONTÀ DI ESPRIMERE IL VOTO PRESSO LA
PROPRIA ABITAZIONE - (Legge n. 46 del 7 maggio 2009).**

- presentata da persona che può firmare
- presentata da persona che non sa o non può firmare (Art.4 comma 1° e art. 46 del D.P.R. n.445/2000)
- resa da un terzo nell'interesse di persona momentaneamente impedita (art. 4 comma 2° e art. 46 del D.P.R. n.445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (____), residente a MEDICINA
in Via _____ n. _____ C.F. _____
- Tessera Elettorale n. _____ Sezione n. _____ consapevole delle
sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R.445/2000 per il caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

che in riferimento alle Elezioni Europee e Amministrative del 26 maggio 2019, intende
votare presso la propria abitazione, ai sensi dell'art.1 D.L. 3 gennaio 2006, n.1, sita:
in _____ Via _____ n. _____
Telefono: _____ Email: _____

Si allega alla presente istanza la documentazione sanitaria e copia tessera elettorale.

MEDICINA lì _____ **Firma del dichiarante che può firmare**

**Nel caso di persona che non sa o non può firmare
e nel caso di istanza resa nell'interesse di persona impedita:**

Attesto, ai sensi dell'art.4 D.P.R. n.445/2000 che la dichiarazione sopra riportata è stata
resa davanti a me da

identificato mediante

il quale mi dichiara:

- di non poter firmare a causa di impedimento
- di essere (indicare parentela)

Firma del dichiarante l'istanza: _____

Firma del ricevente l'istanza: _____