

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI MEDICINA
c.a. UFFICIO ELETTORALE
Via Libert  103
40059 Medicina (BO)
Fax 0516979255
Email: elettorale@comune.medicina.bo.it
PEC: comune.medicina@cert.provincia.bo.it

OGGETTO: REFERENDUM POPOLARE DI DOMENICA 20 E LUNED  21 SETTEMBRE 2020 - DOMANDA DI VOTO A DOMICILIO -«COGNOME_NOME».
DICHIARAZIONE DI ELETTORE AFFETTO DA GRAVISSIMA INFERMITA' - IN DIPENDENZA DA APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI ATTESTANTE LA PROPRIA VOLONTA' DI ESPRIMERE IL VOTO PRESSO LA PROPRIA ABITAZIONE - (Legge n.46 del 7 maggio 2009).

- Domanda presentata da persona che pu  firmare
- Domanda presentata da persona che non sa o non pu  firmare (art.4 comma 1° e art.46 del D.P.R. n.445/2000)
- Domanda presentata 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 _____ (Prov. _____),
residente a Medicina in Via/Piazza _____ n. _____,
CF. _____, 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, e trovandosi nell'impossibilit  di esercitare autonomamente il diritto di voto,

DICHIARA

Che in riferimento al REFERENDUM POPOLARE DI DOMENICA 20 E LUNED  21 SETTEMBRE 2020 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, _____

Firma del dichiarante che pu  firmare

N.B.: allegare fotocopia di un documento d'identit 

Nel caso di persona che "non sa o non pu  firmare" e nel caso di "domanda presentata da un terzo nell'interesse di persona momentaneamente impedita":

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

identificato mediante _____
il quale mi dichiara:

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

Medicina, _____

Firma del DICHIARANTE: _____

Firma del Funzionario comunale ricevente: _____.

Informativa ai sensi del Regolamento UE n.679/2016 e del D.Lgs.196/2003: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.