

## **SCADENZA 15/09/2020**

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI MEDICINA  
c.a. UFFICIO ELETTORALE  
Via Libertà 103  
40059 Medicina (BO)  
Fax 0516979255  
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 DI DOMENICA 20 E LUNEDÌ 21 SETTEMBRE 2020 - DOMANDA DI VOTO A DOMICILIO PER ELETTORI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO DOMICILIARE O IN CONDIZIONI DI QUARANTENA O ISOLAMENTO FIDUCIARIO PER COVID-19. ART.3 D.L.103/2020.**  
**«COGNOME\_NOME».**

- Domanda presentata da persona che può firmare
- Domanda presentata da persona che non sa o non può firmare (art.4 com.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,

### **DICHIARA**

Di essere impossibilitato ad allontanarsi dalla propria abitazione trovandosi nelle condizioni previste dall'art.3 Decreto Legge 14/08/2020, n.103 (Covid-19: trattamento domiciliare, quarantena o isolamento fiduciario),

### **E CHIEDE**

in riferimento al REFERENDUM POPOLARE DI DOMENICA 20 E LUNEDÌ 21 SETTEMBRE 2020, di poter esercitare il diritto di voto presso la propria abitazione sita: in MEDICINA Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Si allega alla presente istanza:

- Certificato rilasciato dall'Ufficio Igiene Pubblica A.S.L. di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Fotocopia documento d'identità

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

Firma del dichiarante che può firmare

**Nel caso di persona che "non sa o non può 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 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) \_\_\_\_\_

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.