

DENUNCIA DI SMARRIMENTO DELLA TESSERA ELETTORALE

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - art.47 TU N.445/2000)

Il/la sottoscritto/a (cognome/nome) _____
nato/a il _____ a _____ (____)
residente a MEDICINA in Via/Piazza _____, n. _____,

- Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. N.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o di uso di documenti falsi;
- Informato ai sensi del Regolamento UE n.679/2016 e del D.Lgs.196/2003 prevede che i dati qui riportati sono obbligatori per il procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.

DICHIARA

DI AVER SMARRITO LA PROPRIA TESSERA ELETTORALE

N. _____ rilasciata il _____ dal Comune di Medicina

Dichiarazione resa, confermata e sottoscritta.

Medicina, data _____

Firma del dichiarante _____

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI MEDICINA
c.a. UFFICIO ELETTORALE

RICHIESTA DUPLICATO "TESSERA ELETTORALE"

Il/la sottoscritto/a (cognome/nome) _____
nato/a il _____ a _____ (____)
residente a MEDICINA in Via/Piazza _____, n. _____,
iscritto/a nella sezione elettorale n. _____ al n° progressivo _____

CHIEDE UN DUPLICATO DELLA SUA TESSERA ELETTORALE

per il seguente motivo:

- smarrimento
- furto
- deterioramento della precedente Tessera Elettorale.

Riconosciuto mediante:

- Carta d'identità:
- Patente:
- Altro: _____

Medicina, data _____

Firma del richiedente _____

DELEGA AL RITIRO DELLA TESSERA ELETTORALE

Dichiara inoltre di essere impossibilitato/a a ritirare personalmente la nuova propria Tessera Elettorale per il seguente motivo: _____

PERTANTO DELEGA

Il/la sig./sig.ra _____ nato/a il _____

a _____ (____), a ritirare la mia nuova Tessera Elettorale.

Medicina, _____ Firma del dichiarante: _____

ALLEGATI:

- **fotocopia documento d'identità valido del richiedente il duplicato della Tessera elettorale.**

Ritira la tessera elettorale il/la sig.ra _____

Riconosciuto/a mediante:

- Carta d'identità:
- Patente:
- Altro: _____

Medicina, data _____

Firma del delegato al ritiro TE _____