

SCADENZA 07/06/2022

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
PEC: elettorale@pec.comune.medicina.bo.it

OGGETTO: REFERENDUM POPOLARE DI DOMENICA 12 GIUGNO 2022 - DOMANDA DI VOTO A DOMICILIO PER ELETTORI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO DOMICILIARE O IN CONDIZIONI DI QUARANTENA O ISOLAMENTO FIDUCIARIO PER COVID-19. ART.4 D.L.41/2022.

- 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.4 Decreto Legge 04/05/2022, n.41 (Covid-19: trattamento domiciliare, quarantena o isolamento fiduciario),

E CHIEDE

in riferimento al REFERENDUM POPOLARE DI DOMENICA 12 GIUGNO 2022, 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.