

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI MEDICINA  
c.a. UFFICIO ELETTORALE  
Via Libertà 103  
40059 Medicina (BO)  
Fax 0516979255  
Email: [elektorale@comune.medicina.bo.it](mailto:elektorale@comune.medicina.bo.it)  
PEC: [elektorale@pec.comune.medicina.bo.it](mailto:elektorale@pec.comune.medicina.bo.it)

**OGGETTO: REFERENDUM POPOLARI DI DOMENICA 12 GIUGNO 2022 - DOMANDA DI VOTO A DOMICILIO.  
DICHIAZIONE 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 può firmare
- Domanda presentata da persona che non sa o non può 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'impossibilita di esercitare autonomamente il diritto di voto,

**D I C H I A R A**

Che in riferimento al REFERENDUM POPOLARI DI DOMENICA 12 GIUGNO 2022 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 può firmare**

**N.B.: allegare fotocopia di un documento d'identità**

**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.