

Al Comune di Medicina

Ufficio Elettorale
Via Libertà 103
40059 Medicina (BO)
Fax: 0516979255
Email: elettorale@comune.medicina.bo.it

OGGETTO: Richiesta di certificazione di iscrizione nelle liste elettorali.

(Elezioni politiche/europee - art.20 DPR n.361/1957, Elezioni amministrative - art.3 Legge n.81/1993 - Referendum art.8 Legge n.352/1970)

- Elezioni
- Referendum / Proposta di legge di iniziativa popolare

Il/la sottoscritta , nato/a il a residente a
 in Via/piazza n.
Tel. - email:
in qualità di (specificare qualifica: delegato, rappresentante, ecc...): del
(indicare il partito, movimento politico, comitato promotore della raccolta di sottoscrizione) :

CHIEDE

in riferimento ai nominativi degli elettori indicati negli elenchi/moduli allegati,
il rilascio dei certificati di iscrizione nelle liste elettorali
l'apposizione del n° d'iscrizione nelle liste elettorali nell'apposito spazio a fianco di ciascuna firma

N°	Natura del documento presentato (originale/fotocopia)	N° nominativi	Tipo certificato richiesto (singolo/cumulativo)	N° copie
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

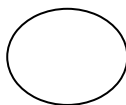
- Dichiaro altresì che le persone per le quali si chiede la certificazione elettorale, hanno sottoscritto la Lista / Referendum / Proposta di legge di iniziativa popolare oppure sono i candidati della Lista medesima (da barrare nella ipotesi in cui si presenti un semplice elenco estratto dai moduli originali)
- Comunico che in caso di mio impedimento ho provveduto a delegare al ritiro della certificazione richiesta il/la sig./sig.ra
nato/a il a
- Allego copia documento di identità

Medicina,

Firma del richiedente

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO ELETTORALE PER RICEVUTA

Si attesta che in data _____ alle ore _____ il/la sig./sig.ra _____ ha presentato la documentazione suddetta.



Ufficio Elettorale

Il Funzionario incaricato

RICEVUTA RESTITUZIONE CERTIFICAZIONE/DOCUMENTAZIONE

Dichiaro che in data _____ alle ore _____ ho ritirato la documentazione sopra indicata.

Firma di chi ritira

N.B. Se chi ritira è persona diversa dal richiedente, allegare copia documento di identità