Al Sindaco del Comune di Medicina
per l'inoltro

Al Presidente della Corte D'Appello di Bologna
Area Amministrativa - Ufficio Elettorale
Piazza dei Tribunali 4
Cap.40124 Bologna (BO)

Domanda di Cancellazione nell'Albo dei cittadini idonei all'Ufficio di Presidente di seggio elettorale

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

residente nel Comune di Medicina in Via _____ n. _____

C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|.

☎ Telefono: _____ e-mail:_____

Iscritto/a nell'Albo dei Presidenti di seggio

C h i e d e

di essere cancellato/a nell'Albo dei cittadini idonei all'Ufficio di Presidente di Seggio elettorale istituito presso la Cancelleria di codesta Corte d'Appello, per i seguenti motivi:

_____

_____

INFORMATIVA (ai sensi dell'art. 13 del Decreto L.gs.vo 30/06/2003 n. 196 e Reg. EU n.679/2016)
Dichiaro di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e Regolamento Europeo n.679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Medicina, _____ **Firma del dichiarante** _____

NOTA BENE: allegare la fotocopia (fronte/retro) di un documento di identità valido del dichiarante. Consegnare la domanda entro il 31 Ottobre