Al Signor Sindaco
del Comune di Medicina
Ufficio Elettorale

Richiesta di <u>cancellazione</u> dall'Albo dei cittadini idonei all'Ufficio di Scrutatore di seggio

(Art.5, comma 3 Legge 8/3/1989, n.95)

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 degli Scrutatori di seggio

C h i e d e

ai sensi dell'art.5, comma 3, della Legge n.95/1989, di essere **CANCELLATO** dall'Albo degli scrutatori di Seggio per i seguenti gravi, giustificati e comprovati motivi:

_____

_____

_____

A sostegno dell'istanza si allegano i seguenti documenti :

_____

_____

Medicina, _____ **Firma del dichiarante** _____

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.

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