Al Signor Sindaco
del Comune di Medicina
Ufficio Elettorale

Richiesta di cancellazione dall'Elenco dei cittadini idonei all'Ufficio di Segretario di seggio

(Art.2, Legge 21 marzo 1990, n.53)

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

residente nel Comune di Medicina in Via _____ n. _____

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

☎ Telefono: _____ e-mail:_____

già incluso nell'Elenco delle persone idonee all'Ufficio di Segretario di seggio elettorale del Comune di Medicina,

C h i e d e

di essere **CANCELLATO** dall'Elenco predetto per i seguenti 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.

NOTA BENE: allegare la fotocopia (fronte/retro) di un documento di identità valido del dichiarante.