

Al Sindaco  
del Comune di  
Ripacandida (PZ)

Oggetto: Richiesta esercizio voto domiciliare.

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il ..... residente a Ripacandida (PZ)

in Via ..... n. ....

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

CHIEDE

in applicazione della legge n. 46 del 7 maggio 2009, estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, per la seguente consultazione:

**Referendum costituzionale ex art. 138 della Costituzione del giorno 29/03/2020**

di esprimere il voto presso l'abitazione in cui dimora e, precisamente, al seguente indirizzo:

Via.....n° .....

Comune di ..... Prov. ....

Numero telefonico (per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare): .....

DICHIARA di essere elettore del Comune di Ripacandida.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- certificato sanitario rilasciato da funzionario medico designato dalla A.S.P. competente attestante la sussistenza delle condizioni di infermità di cui al comma 1, dell'art. 1 della legge n. 46/2009, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data di rilascio del certificato, ovvero delle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali rilasciato il ..... da .....
- copia della tessera elettorale .
- copia del documento di identità in corso di validità

Ripacandida, .....

Il Richiedente

.....

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003: tutti i dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la partecipazione alla procedura stessa e verranno utilizzati, anche con modalità automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dare corso al procedimento.