

Il/la sottoscritto/a.....  
Nato/a a..... il .....

Residente a Gallodoro in.....

**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 7/05/2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, per le seguenti consultazioni elettorali.....

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 Gallodoro

Allega alla presente la seguente documentazione:

- Certificato sanitario rilasciato da funzionario designato dalla ASP 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

Gallodoro, .....

**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.