

Il/la sottoscritto/a.....  
nato /a a ..... Il .....  
Residente a ..... via/strada ..... n°.....

PREMESSO

- Che con decreto legge 3 gennaio 2006, n 1 sono state introdotte “disposizioni urgenti per l’esercizio domiciliare del voto per taluni elettori”
- Con la legge 7 maggio 2009 n 46 è stato esteso il diritto al voto domiciliare oltre che **agli elettori in dipendenza da apparecchiature vitali** anche **agli elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità.**
- In data 20 e 21 settembre 2020 si svolgerà il Referendum in materia di riduzione numero parlamentari;

DICHIARA

Di voler esprimere il voto presso l’abitazione in cui dimora e precisamente al seguente indirizzo:

VIA / PIAZZA ..... N°.....  
COMUNE DI ..... PROV. ....

Di essere a conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R.445/2000, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;

di essere elettore del Comune di \_\_\_\_\_;

Si allega alla presente la seguente documentazione :

- certificazione sanitaria rilasciata da un funzionario medico designato dagli Organi dell’Azienda Sanitaria Locale
- copia della tessera elettorale
- copia del documento di identità

Si riporta altresì il numero telefonico per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare:

...../..... .

Lì, ...../...../.....

Il dichiarante

.....

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati unicamente a tale scopo . La sottoscrizione del presente modulo vale come consenso al modulo trattamento dei dati, per le finalità indicate, ai sensi del D.Lgs. 196/2003