

Al Sindaco del Comune di BUSETO PALIZZOLO

Ufficio Elettorale
Via Trapani, 1
91012 Busetto Palizzolo
Tel. 0923/852300
Pec: segreteriabuseto@legalmail.it

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a Busetto Palizzolo in 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:

C H I E D E

in applicazione della legge n. 46 del 7 maggio 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/PIAZZA N. CIVICO.....

COMUNE DI PROV.

NUMERO TELEFONICO (per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare):

.....

Dichiara di essere elettore del Comune di Busetto Palizzolo

Allega alla presente la seguente documentazione:

- certificato sanitario rilasciato da funzionario medico designato dalla A.S.L. 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

Busetto Palizzolo li,

Il Richiedente

.....