

Al Sindaco del Comune di Santa Maria a Monte

Ufficio elettorale

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………

nato/a a …………………………………………………………………………………….. il ……………..

residente a Santa Maria a Monte in …………………………………………………………….. n.……….

**Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.**

**445/2000 pe 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/elettrice del Comune di Santa Maria a Monte

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

Santa Maria a Monte,

 in fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_