

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI SOMMA VESUVIANA
UFFICIO ELETTORALE

OGGETTO: Consultazioni Elettorali del 20 e 21 settembre 2020. Voto domiciliare.

IL/La sottoscritt_____ nato/a a _____

il _____ residente in Somma Vesuviana Via _____

n. _____;

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

CHIEDE

In riferimento alle disposizioni sul voto domiciliare previste dall'art.1 del decreto-legge 3 gennaio 2006, n.1, convertito dalla legge 27 gennaio 2006 n.22, come modificato dalla legge 7 maggio 2009, n.46 in favore degli elettori "*affetti da gravissime infermità, tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimorano risulti impossibile*" di esprimere il proprio voto, in occasione delle consultazioni elettorali del 20 e 21 settembre 2020, presso l'abitazione in cui dimora e precisamente al seguente indirizzo:

VIA/PIAZZA..... N. CIVICO.....

COMUNE DI..... PROV.....

NUMERO TELEFONICO:.....

Dichiara di essere iscritto/a nella lista elettorale della Sez. n._____.

Allega alla presente la seguente documentazione:

copia della tessera elettorale;

copia del documento di identità in corso di validità;

certificato sanitario rilasciato da un funzionario medico designato dall'Asl competente attestante la sussistenza delle condizioni di infermità di cui al comma 1, dell'art.1 della legge 46/2009, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data del rilascio del certificato, ovvero delle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali

rilasciato il.....da.....

Somma Vesuviana_____

IL/LA RICHIEDENTE
