

**AL SINDACO
DEL COMUNE DI VIGNOLA**

Il/la sottoscritto/a nato/a a
..... il residente a
Vignola 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:

CHIEDE

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 ELEZIONI REGIONALI DEL 17 E 18 NOVEMBRE 2024 di esprimere il voto presso l'abitazione in cui dimora e precisamente al seguente indirizzo:

VIA/PIAZZA N. CIVICO
COMUNE DI VIGNOLA PROV. MO NUMERO TELEFONICO (per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare):

.....
Dichiara di essere elettore del Comune di Vignola
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, rilasciato il..... da
- copia della tessera elettorale
- copia del documento di identità in corso di validità

Vignola

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.