

Al Sig. COMMISSARIO STRAORDINARIO
Ufficio Elettorale -
Via Prof. M. Terlizzi, 20
BISCEGLIE

OGGETTO : **domanda di autorizzazione voto domiciliare.**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente a Bisceglie in via
_____ n. _____

PREMESSO CHE:

- con l'approvazione della legge n. 46 del 7 maggio 2009, è stato esteso il diritto al voto domiciliare ad altre categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità;
- in data _____ si svolgeranno le Elezioni _____

DICHIARA

- di voler esprimere il voto presso l'abitazione in cui dimora e precisamente al seguente indirizzo:
Via _____ n. _____
piano _____ interno _____ del Comune di Bisceglie;
- 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 Bisceglie..

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento di cui all'oggetto.

Si allega alla presente la seguente documentazione:

- certificato medico 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.

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

Bisceglie, _____

Il/La dichiarante
