

**Al Sig. SINDACO**  
**- Ufficio Elettorale -**  
**Via Prof. M. Terlizzi, 20**  
**BISCEGLIE**

OGGETTO: **Domanda di ammissione al voto domiciliare.**- Elezioni del \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_;
- 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 \_\_\_\_\_.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), 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  
\_\_\_\_\_