

(mod. 2 – voto a domicilio)

All’Ufficio elettorale del
Comune di
21047 SARONNO

DOMANDA PER L’ESPRESSONE DEL VOTO A DOMICILIO.

Il/la sottoscritto/a

c.f.

nato/a a il

residente a SARONNO in (via/piazza) n.....

mail..... Tel./cell.....

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

C H I E D E

in applicazione della legge n. 46 del 07/05/2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, per le seguenti consultazioni elettorali:

ELEZIONI DEL PARLAMENTO EUROPEO DELL’ 8 E 9 GIUGNO 2024

di poter esprimere il voto presso l’abitazione in cui dimora, e precisamente al seguente indirizzo:

Via/piazza n.....

COMUNE di..... prov.....

mail..... Tel./cell.....

eventuale referente.....

(per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare)

Dichiara di essere elettore del Comune di SARONNO

Allega alla presente la seguente documentazione:

- certificato sanitario rilasciato da funzionario medico designato dall’ASST 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 di un documento di riconoscimento in corso di validità

SARONNO, lì

Il Richiedente

.....