

**Al Sig. Sindaco
del Comune di CESATE**

Fax 02-99471216

P.E.C.: protocollo@comune.cesate.mi.legalmail.it

OGGETTO: RICHIESTA VOTO DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

n. tel. _____

CHIEDE

(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)

in applicazione della legge n. 46 del 7 maggio 2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, di voler esprimere il diritto di voto, in occasione delle consultazioni elettorali del **25 MAGGIO 2014** presso la propria abitazione.

A tal fine allega:

1. copia della tessera elettorale;
2. copia documento di identità;
3. un certificato medico rilasciato dal funzionario medico, designato dai competenti organi della azienda sanitaria locale, da cui risulta l'esistenza di un'infermità fisica che comporta la dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali o un'infermità tale da impedire all'elettore di recarsi al seggio.

Data, _____

Firma

Ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati unicamente a tale scopo. La sottoscrizione del presente modulo vale come consenso al trattamento dei dati, per le finalità indicate.