



COMUNE DI PABILLONIS

Provincia del Medio Campidano - SERVIZIO ELETTORALE

Al Sindaco del Comune di Pabillonis
Ufficio Elettorale
Via San Giovanni 7 - 09030 Pabillonis

Fax 0709353 260 - 823

Posta elettronica
CERTIFICATA
Posta elettronica
NON CERTIFICATA

protocollo@pec.comunepabillonis.it

demografici@comune.pabillonis.vs.it

OGGETTO: Espressione del voto presso l'abitazione di dimora

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____
il _____, residente a _____ in Via _____
n. civ. _____,

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 referendarie del 17 Aprile 2016 di esprimere il voto presso l'abitazione in cui dimora e precisamente al seguente indirizzo:

VIA/PIAZZA _____ N. CIVICO _____
NUMERO TELEFONICO (per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare):
_____.

DICHIARA di essere elettore del Comune di Pabillonis.

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, 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 in corso di validità

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.

Pabillonis _____

Firma Leggibile _____

Per ottenere il suddetto certificato medico, occorre contattare telefonicamente il Servizio del poliambulatorio ASL di Guspini al numero: 070/970049 preferibilmente il martedì e giovedì dalle ore 8,30 alle ore 11.