

RICHIESTA AMMISSIONE AL VOTO DOMICILIARE

(COMPILARE IN STAMPATELLO – con gli asterischi sono indicati i campi obbligatori)

Il/la sottoscritto/a* _____ nato/a

a* _____ (____), il* ____/____/____

residente a Colleferro in * _____ n. _____

recapito telefonico * _____

essendo affetto/a da gravissima infermità,

CHIEDE

di essere ammesso/a all'espressione del voto presso il proprio domicilio per le consultazioni elettorali del 08 e 09 giugno 2025.

A tal fine allega:

- Documentazione sanitaria rilasciata in data non anteriore al 45 giorno antecedente la data di votazione dal funzionario medico designato dai competenti organi della A.S.L. che attesta i requisiti necessari per l'ammissione ad esercitare il diritto di voto domiciliare;
- Copia della tessera elettorale
- Copia documento d'identità

Colleferro, li _____

Il dichiarante

Ai sensi del D.lgs. 196/200, modificato ed integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/ 679, 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.