

ISTANZA PER VOTO DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a Ariccia in _____ n. _____

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:

C H I E D E

in applicazione della DECRETO-LEGGE 3 gennaio 2006, n. 1, il voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, per le seguenti consultazioni elettorali:

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

VIA/PIAZZA _____ N. CIVICO _____

COMUNE DI _____ PROV. _____

TELEFONO _____

EMAIL _____

PEC _____

- Dichiaro di essere elettore del Comune di Ariccia
- 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
 - da _____
 - in data _____
 - copia del documento di identità in corso di validità

Ariccia, _____

Il Richiedente