CITTA' DI CASTEL SAN GIOVANNI

Provincia di Piacenza

Modulo richiesta di VOTO DOMICILIARE

Elezioni europee e comunali 2024

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____, residente a Castel San Giovanni in via_____ n. _____ --

Telefono _____cellulare _____

e-mail _____ c.fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

iscritto nelle liste elettorali del comune di Castel San Giovanni

al n° _____ della sezione n° _____ |_| maschile |_| femminile

RICHIEDE CON LA PRESENTE DI POTER ESPRIMERE IL VOTO

|_| presso l'abitazione all'indirizzo sopra indicato;

|_| presso: _____

secondo quanto disposto dall'art. 1 della legge 27.1.2006, n. 22, così come modificato dalla legge 7 maggio 2009, n. 46.

Allego alla presente:

- copia della tessera elettorale;
- certificato medico rilasciato dal funzionario medico designato, che attesta l'esistenza di una infermità fisica che comporta la dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tale da impedire al sottoscritto elettore di recarsi al seggio, ovvero la sussistenza, in capo all'elettore delle condizioni di infermità di cui all'art. 1 della legge 46/2009, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data di rilascio del certificato, nonché l'eventuale necessità di un accompagnatore per l'esercizio del voto.

Data, _____

In fede_____

N.B.: la richiesta deve pervenire tra il 30 aprile e il 20 maggio 2024 al Sindaco del Comune di iscrizione nelle liste elettorali_____

Regolamento (UE) n. 2016/679

(Regolamento in materia di protezione di dati personali)

Dichiaro di essere stato informato che i dati contenuti nella dichiarazione verranno trattati in modo manuale ed informatica e per le finalità di cui all'oggetto; che il mancato conferimento degli stessi potrà comportare l'inammissibilità della domanda; che in ogni momento potrò esercitare i miei diritti nei confronti del titolare del trattamento

Data, _____

In fede_____