Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………… nato/a a …………………………………………………………….……………………….. il …………….. residente a Pomigliano d’Arco 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 legge n. 46 del 7 maggio 2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, per le seguenti consultazioni elettorali:

Elezioni del 20 e 21 settembre 2020,

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………...

Dichiara di essere elettore del Comune di Pomigliano d’Arco

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

Pomigliano d’Arco, ………………

Il Richiedente…………………………………..

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