

**Al Sindaco del Comune di
ARZIGNANO**

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____

PREMESSO

- che con il DL 1/2006 e la Legge 46/2009 sono state introdotte disposizioni in materia di ammissione al voto domiciliare di elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione ;
- che in data _____ si svolgeranno le seguenti consultazioni elettorali: _____

DICHIARO

- di voler esprimere il voto presso l'abitazione in cui dimoro e precisamente al seguente indirizzo:
VIA/PIAZZA _____ N. CIVICO _____
COMUNE DI _____ PROV. _____;
- di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sulla responsabilità penale cui si può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci;
- di essere elettore del Comune di Arzignano.

Allego alla presente la seguente documentazione:

- certificato medico rilasciato dal funzionario medico designato dai competenti organi dell'azienda sanitaria locale, attestante l'esistenza:
 - o delle condizioni di infermità di cui al comma 1 del DL 1/2006, come modificato dalla Legge 46/2009;
 - o di un'infermità fisica che comporta dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali;
- copia della tessera elettorale;
- copia del documento di identità.

Il numero di telefono per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare è il seguente:

_____.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n° 196/2003 (Privacy) che i dati forniti con la presente dichiarazione, il cui conferimento è obbligatorio, pena l'impossibilità di soddisfare la richiesta, saranno trattati dal Comune di Arzignano per le sole finalità inerenti la richiesta stessa, anche con l'utilizzo di procedure informatiche.

Arzignano, _____

Firma
