

Al Sindaco del Comune di Villa Minozzo
Piazza della Pace, 1 – 42030 – VILLA MINOZZO (RE)
Tel. 0522/801122 Fax 0522801359
Email: anagrafe@comune.villa-minozzo.re.it
PEC: comune.villaminozzo@legalmail.it

ISTANZA PER VOTO DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a VILLA MINOZZO (RE) in _____ n.
_____ elettore del Comune di VILLA MINOZZO (RE)

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:

CHIEDE

in applicazione della legge n. 46 del 7 maggio 2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, per il **referendum Costituzionale del 20-21 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 _____

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 _____ in data _____

- copia della tessera elettorale
- copia del documento di identità in corso di validità

Villa Minozzo, _____

Il Richiedente
