

**Al Sindaco del Comune di TAVARNELLE V.P. -
Servizio Elettorale**

Il/la sottoscritta

nato/a a.....il.....

residente in.....via.....n.....

in qualità di di

nato/a a il

residente invian.....

CHIEDE

Che il proprio congiunto possa votare presso il domicilio ai sensi del D.L. 1/2006, convertito dalla L 22/2006, da ultimo modificato con L. 46/2009 in occasione delle CONSULTAZIONI POLITICHE DEL 04.03.2018.

A tal fine

DICHIARA

- che il proprio congiunto si trova in situazione di:

gravissima infermità;

- OVVERO

dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali;

- che medesimo é elettore del Comune di

- l'abitazione in cui dimora si trova al seguente indirizzo:

VIA/PIAZZA.....N.CIVICO.....

COMUNE DI.....PROV.....

Allega alla presente la seguente documentazione:

certificato medico attestante l'esistenza di condizioni di gravissima infermità fisica, con prognosi di almeno 60 giorni (decorrenti dalla data del rilascio del certificato), rilasciato da funzionario medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale il

- OVVERO

certificato medico attestante l'esistenza di un'infermità fisica che comporta dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali rilasciato da funzionario medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale il.....

- copia della tessera elettorale del proprio congiunto.
- copia del documento di identità del proprio congiunto

Si riporta altresì il numero telefonico per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare:

.....

TAVARNELLE V.P.,LI'.....

Il dichiarante

Si allega copia del documento di identità del dichiarante.