

Al Signor Sindaco del Comune di  
(Ufficio elettorale)

.....

**CONSULTAZIONI DEL .....**

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a a  
....., il ...../...../....., residente in  
questo Comune, in Via ..... n. ...., tessera  
elettorale n. .... sezione n. ....

**DICHIARA**

di voler esercitare il proprio diritto di voto per le consultazioni del ....., nell'abitazione  
in cui dimora sita in questo Comune, Via ....., n. ...., presso  
.....

Il recapito telefonico per ogni eventuale comunicazione è il seguente .....

A tal fine allega:

- 1°) Copia di un documento d'identità;
- 2°) Copia della tessera elettorale;
- 3°) Certificato rilasciato dal funzionario medico designato dall'A.U.S.L. di .....  
da cui il/la sottoscritto/a risulta:

☐ affetto/a da gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile.

☐ in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora.

Dichiaro di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Data ...../...../.....

**Il/La dichiarante**

.....